



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN DOĞUM DENEYİMİ VE DOĞUM
SONRASI MEMNUNİYETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BUŞRA UYSAL

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. FATMA DENİZ SAYINER**

2017



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN DOĞUM DENEYİMİ VE DOĞUM
SONRASI MEMNUNİYETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BUŞRA UYSAL

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. FATMA DENİZ SAYINER**

2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

BUŞRA UYSAL'ın Yüksek Lisans olarak hazırladığı "Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih:
29.06.2017

Üye : Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINAR 

Üye : Yrd. Doç. Dr. Nese Çelik 

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hacer ALAN DİKMEN 

Üye :

Üye :

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 30.06/2017 tarih ve .../5487 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, doğum yapmış kadınların doğum deneyimlerini ve doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma örneklemini Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi'nde doğum yapmış 386 kadın oluşturdu. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle doğum sonrası retrospektif olarak toplandı. Veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu ve Doğum Memnuniyet Ölçeği(DMÖ) kullanıldı. Bu çalışmada kadınlara doğum deneyimleri, doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evrelerinde yapılan uygulamalarla ilgili sorular sorularak memnuniyetleri araştırıldı, sosyo demografik ve obstetrik bilgilerine göre memnuniyet düzeyleri hakkında karşılaştırma yapıldı ve yaş, gelir durumu, doğum öncesi kontrollerin yapıldığı yer, doğum şekli, doğum şeklini seçebilme ve epizyotomi uygulaması durumlarına göre memnuniyetin değiştiği saptandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 kullanıldı. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile araştırıldı. Elde edilen veriler normal dağılıma uymadığı için, iki grup karşılaştırılması sırasında, veriler normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U Testi ikiden fazla grup karşılaştırılması Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Nitel değişkenler ise frekans ve yüzde olarak gösterildi. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması $27,8 \pm 5,33$ 'ydi. Kadınların %30,3'ü primipar, %69,7'si multipardı. Kadınların %60,1'inin gebeliği planlı, %39,9'unun planlı değildi. Lohusaların %45,3'ü vaginal yolla, %54,14'ü sezaryen ile, %0,5'i vakum ile doğum yaptı. Kadınların % 74,9'u doğum öncesi kontrol için aile sağlığı merkezine gitti. Kadınların %99,5'i doğum öncesi eğitim aldı, %96,9'u ise bu eğitimi ebeden aldı. Kadınların %94,3'ü doğum şeklini seçemedi, %59,1'i doğum şeklinden memnun kaldı. Vaginal ve vakum ile doğum yapan kadınların %79,09'una epizyotomi, tüm doğumların %92,8'ine indüksiyon uygulandı. Kadınların %66,3'ü 'Doğumumla iyi baş edebildim' önermesine katılmıyorum yanıtını verdi. Kadınların %92'si doğumun stresli bir deneyim olduğunu, %95,9'u endişeli olduğunu belirtti. Kadınların %84,2'si doğumun zor olduğunu, %20,2'si doğumun çabuk ve hızlı olduğunu, %91,7'si doğumun inanılmaz ağırlı olduğunu belirtti. Doğum Memnuniyet Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik değeri 0,62'dir. Bizim çalışmamızda bu sonuç 0,217 bulundu.

Sonuç: Elde ettiğimiz sonuçlara göre annelerin doğum sonu memnuniyeti; evlilik süresi, öğrenim durumu, gelir durumu, doğum öncesi kontrollerin nerede ve kim tarafından yapıldığı, doğum öncesi eğitimin kimden alındığı, doğum şekli ve doğumu yaptıran kişi, doğuma yardımcı olacak kişiyi seçme durumu, primipar ve multipar olma durumuna göre değişiklik gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Doğum Deneyimi, Doğum Memnuniyeti



SUMMARY

Assessment of women's birth experience and postpartum satisfaction

Aim: The purpose of this study is to determine the birth experiences and birth satisfaction levels of the women who were born.

Material and Method: The participants were 386 women who had experienced delivery in Tavşanlı Mustafa Kalemli State Hospital. Data were collected by face to face interview after birth retrospectively by using Personal Information Form and The Birth Satisfaction Scale: Turkish Adaptation, Validation And Reliability Study. In this study, women were asked about their experiences about birth experiences, first, second and third stages of birth and their satisfaction was searched and satisfaction levels were compared according to socio demographic and obstetric information and the age, income status, place of birth, and satisfaction was changed according to episiotomy application cases. SPSS (version 21.0) was used in the evaluation of the data. Normal distribution of quantitative variables was investigated by Shapiro Wilk test. Mann Whitney U Test was used for the comparison of the two groups, since the data did not fit the normal distribution. The Kruskal Wallis Test was used because the distribution of the data was not normal during the multiple group comparison. Qualitative variables were shown as frequency and percentage. $P < 0.05$ was regarded as statistically significant.

Results: The average age of women in our study is $27,8 \pm 5,33$. 30,3% of women are primipar, and 69,7% are multiparous. 60,1% of the women's pregnancy are planned and 39,9% are not planned. 45.3% of puerpera delivered vaginally, 54,14% with cesarean and 0,5% with vacuum. 74.9% of women went to the family health center for prenatal examination. 99.5% of the women have received prenatal education and 96,9% have taken these midwives. 79.09% of the women who delivered by vaginal and vacuum had episiotomy and 92,8% all of birth were induced. 66,3% of women replied ' I coped well with my birth' she's not participating. 92% of women stated that delivery was a stressful experience, 95,9% said they were worried. 84,2% of women stated that it was difficult to give birth, 20,2% stated that birth was fast, and 91.7% said that birth was incredibly painful. The Cronbach alpha reliability value of the Birth Satisfaction Scale is 0.62. In our study this result was found to be 0,217.

Conclusion: According to the results obtained maternal satisfaction after birth; duration of marriage, education status, income status, where and by whom the prenatal checkups were made, by whom the prenatal education was taken, the type of delivery and birth, the choice of birth assistant, primipar and multipara.

Key Words: Birth, Experience of Birth, Birth Satisfaction



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ÖZET	ii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ÇALIŞMANIN AMACI	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. DOĞUM DENEYİMİ VE DOĞUM SONU MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER... 11	
KANITA DAYALI UYGULAMALAR.....	12
DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİ.....	12
2.1.1. Doğumhaneye Kabul Edilme Zamanı (Geç Kabul)	12
2.1.2. Fetal Monitorizasyon	13
2.1.3. Ultrasonografi (USG)	13
2.1.4. Partograf Kullanımı.....	14
2.1.5. Vaginal Tuşe Sıklığı	14
2.1.6. Oksitosin Uygulanması	15
2.1.7. Prostaglandin Uygulanması	15

2.1.8. Amniyotomi.....	16
2.1.9. Beslenme.....	17
2.1.10. İntravenöz Sıvılar(IV)	17
2.1.11. Lavman Uygulanması.....	17
2.1.12. Mobilizasyon ve Pozisyon	18
DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİ	19
2.1.13. İkinma ve Doğum Nefesi.....	19
2.1.14. Fundal Basınç.....	19
2.1.15. Epizyotomi.....	20
DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ EVRESİ.....	21
2.1.16. Umbilikal Kordonun Klemplenmesi.....	21
2.1.17. Uterus Masajı	21
2.1.18. Emzirme.....	22
2.1.19. Ten Tene Temas.....	22
2.1.20.Doğum Desteği ve Doğumda Ebe Desteği	23
2.1.21. Ebe Yönetiminde Doğum	24
3- GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	25
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	25
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	26
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	26
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	26
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI	27

3.4.1. Anket Formu.....	27
3.4.2. Doğum Memnuniyet Ölçeği(DMÖ)	27
3.5. VERİ TOPLAMA ARACININ UYGULANMASI	28
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	28
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	28
4- BULGULAR.....	29
5- TARTIŞMA	37
6- SONUÇ VE ÖNERİLER	51
POZİTİF DOĞUM HİKAYELERİ	57
7-KAYNAKLAR DİZİNİ.....	67
8-EKLER DİZİNİ.....	90
9-ÖZGEÇMİŞ	104

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1: Kadınların Sosyo-demografik Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 4.2: Kadınların Doğum/gebelik ile İlgili Bilgilerin Dağılımı

Tablo 4.3: Kadınlara Son Doğumlarında Uygulanan Müdahalelerin Dağılımı

Tablo 4.4: Kadınların Doğum Memnuniyet Ölçeğindeki Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 4.5: Çalışma Grubundakilerinin Doğum Memnuniyet Ölçeğinden Aldıkları Puanların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 4.6: Çalışma Grubundakilerinin Doğum Memnuniyet Ölçeğinden Aldıkları Puanların Doğum/gebelik ile İlgili Bilgilerine Göre Dağılımı

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği)

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

DMÖ: Doğum Memnuniyet Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFM: Elektronik Fetal Monitorizasyon

ICM: The International Confederation of Midwives (Uluslararası Ebeler Konfederasyonu)

IMBCO: International Mother Baby Childbirth Organization

KDU: Kanıta Dayalı Uygulamalar

SSVD: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik ve doğum, bir kadının hayatını değiştiren çok önemli olgulardan biridir. Kadınların yaşamları boyunca deneyimleyecekleri en özel durumların başında gelir ve gebeliği boyunca biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yaşar. Gebeliğin ve doğumun fizyolojik süreci, kadınların duygularını da etkiler. Doğum tıbbi bir olay olmasının yanı sıra ailenin ve arkadaşların tutumları, kültür ve dini inanç gibi etkenlerden etkilenen, ortam ve yöntemlerle ilgili de karar verilmesi gereken önemli bir olgudur. Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde ebeler bu karar sürecinde önemli bir yere sahiptir. Doğum süreci, vücudun doğum yapabilme yeteneği ve kadının buna inancı olması, doğum yapacağı ortamın güvenilirliği, gebelik, doğum ve doğum sonrası aldığı bakıma göre de şekillenen korku, endişe, şüphe ve mutluluğunda yaşandığı bir süreç olarak da adlandırılır (Guedes vd., 2016; Adams, 2016).

Kadın; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde bilinmeyen pek çok durumla karşılaşabilir. Bu süreçte kadının algı ve beklentilerini anlayarak, doğumun nasıl gerçekleşeceği ile ilgili bir sağlık çerçevesi belirlemek çok önemlidir. Kadınların ve ailelerinin doğum şekilleri hakkında ortak bir karar vermeleri çok önemlidir. Moffat ve ark.'ları kadınların kendi geçmiş deneyimlerinden ve beklentilerinden etkilendiğini ve kadınların doğum kararlarının gebelik boyunca geliştiğini belirtmektedir (Moffat vd., 2007). Kadınların karar verme sürecini etkileyen en önemli faktör doğum korkusudur, bu korku kadınların doğum algısının belirleyicisidir (Hauck Y., Stoll K., Hall W., Downie J., 2016).

Doğuma ilişkin korku sadece doğum olayından korkmayı ifade etmez aynı zamanda gebelik boyunca kadının günlük yaşamını etkileyecek endişe gibi başka psikolojik belirtileri de kapsamaktadır (Abd El-Aziz N., Mansour S., Hassan N., 2017). Kadınlar bilinmezlik korkusu ile doğum hakkında karmaşık duygulara sahip olurlar. Doğum korkusu, sonraki üreme sağlığı ile de yakından ilişkilidir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, nullipar kadınların % 31'i, multipar kadınların ise %19'u yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Hauck vd., 2016). Doğum korkusu birçok faktörden kaynaklanabilir. Bu faktörler kültürel, sosyal, çevresel, tıbbi faktörler olabilir. Ayrıca gebelikte, doğumda ve doğum sonu dönemde yaşanan korku da farklı nedenlerle ortaya çıkabilir (Anderson & Gill, 2014). Kadının kendisinden kaynaklanan korku nedenleri; hayatını kaybetme korkusu, olumsuz doğum deneyimi yaşamış olması ya da çevresinden duyduğu olumsuz doğum hikayeleri, medyadaki kötü doğum sahneleri, yaşının küçük olması, ilk doğumu olması, eğitim durumunun düşük olması, vaginal doğumun tehlikeli olduğunu düşünmesi ve bebeğini kaybetme korkusu olarak sıralanabilir. Doğuma bağlı gelişebilecek nedenler ise; doğum

ağrısı, zor doğum, müdahaleli doğumdur. Bir başka korku nedeni sağlık çalışanlarının davranışlarına bağlı olabilir. Doğum sürecinde kadına kaba davranılması, soru sormasına izin verilmemesi, kadını bilgilendirmemesi ve kendisini güvende hissetmemesinde kadında korku yaratabilmektedir (Ayers., 2014; Begic N., Zigic L., Rados S., 2014; Jespersen vd., 2014; Adams, 2012; Gözükara, 2011).

Dünyanın dört bir yanındaki kadınlar, her gün farklı koşullarda ve farklı kültürlerde doğum yaparlar ve yaşadıkları koşullardan, kültürlerden ve çevresinden etkilenirler (Abd El-Aziz vd., 2017). Kadınlar, sağlık profesyonelleri, yakınları ve medya aracılığıyla doğumla ilgili bilgilere erişebilmektedirler (Gee RE. , Corry MP. , 2012). Böylece kadınların doğum deneyimi medya, buldukları sosyal ortam, kişilerarası ilişkileri, duydukları ya da tanık oldukları olumsuz doğum hikayeleri, ızdırap ve korkuya göre şekillenir. Bir kadının doğumdan duyduğu korku genellikle daha önceki olumsuz doğum deneyimlerinin bir sonucudur. Olumsuz doğum deneyimi gebelik sırasında psikolojik durum, depresyon veya kaygı öyküsü, zayıf sosyal destek ve stresli yaşam olaylarıyla da alakalıdır (Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart DE., 2004). Kadınların doğum şekline ilişkin kararları, yaşları, eğitim seviyeleri, gelirleri, istihdam durumları, kültürel özellikleri, aile üyelerinin kararları, doğum deneyimleri, planlanlı olmayan gebelik, gebelik ve doğumla ilgili olumsuz ya da karışık duygular, doğum korkusu gibi durumlarda kadınların doğum deneyimlerini etkiler (Kamal P. et al., 2005).

İlk gebelikleri olan kadınlar daha önceden yaşamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşarken doğum esnasında gerçekleşebilecek olayları tahmin edememektedir. Kadınlar sezaryenin mi yoksa vaginal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir. Kadına, doğum öncesi verilecek destek ve bilgilendirme sayesinde daha sağlıklı ve doğru kararlar vermesi sağlanabilmektedir (Hollins Martin CJ., Martin CR., 2014; Güngör İ., 2009). Doğum şekline karar verilirken, anne ve bebek gebelik süresince yakından değerlendirilmelidir. Doğumun vaginal doğum ya da sezaryen ile olması anne ve çocuk sağlığı için çok önemlidir çünkü vaginal doğum, doğal fizyolojik bir süreçtir. Doğal doğum, müdahale edilmeden gerçekleşen doğumlardır (Sayiner D., Özerdoğan N., 2009). Doğal doğum sonrasında anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte ve çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir (Avşar, 2001). Gebelik ve doğumun bu normalleşme sürecinde öncülük eden doğum aktivisti ebeler ise, uzman olarak kabul edilmektedir (Bary, 2016). Sezaryen ise vajinal doğumun güvenli olmasının mümkün olmadığı veya vajinal doğumun maternal veya fetal morbidite ve mortalite gelişme riski olan durumlarda uygulanan doğum biçimidir. Sezaryen sonrası emzirme ve anne-bebek ilişkisinin başlamasının gecikmesi, annenin normal aktivitesine dönme süresinin vaginal doğuma

göre uzun olması, fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterin duvar insize edilerek çıkarılması sonucu enfeksiyon riskinin artması, anestezi uygulanması, sonraki doğumlara yönelik risklerin artması, maliyetin artması gibi dezavantajları olmasının yanında, maternal mortaliteyi de vaginal doğuma göre 4 kat artırması söz konusudur (Gözekara F., Eroğlu K., 2011).

Sezaryen kadınlara bir doğum şekli tercihi olarak sunulmamalıdır. Endikasyonla gerçekleşen bir ameliyat olduğu unutulmamalıdır. Ancak buna rağmen son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir (Duran., 2011; Hollins Martin CJ., Martin CR., 2014; Fair CD., MorrisonTE., 2012). DSÖ'ye göre tıbbi nedenlerle yapılan sezaryenlerin kabul edilebilir sınırları % 15-18 aralığında olmalıdır. Buna rağmen sezaryenin normal sıklığı 1993-2013 yılları arasında % 7'den %48'e yükselmiştir (TNSA-2013). En son verilere baktığımızda ise; sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı 2014 yılında % 51 iken 2015 yılında % 52,4 olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 Haber Bülteni). 2016 yılında ise %53'ü bulmuştur (Sanisoğlu, 2016).

Kadının sağlık profesyoneli ve ailesi ile ortak karar alması, kadının tercihlerini, değerlerini ve herhangi bir tedavinin olası faydalarını ve zararlarını göz önüne alarak değerlendirmesini sağlar. Kadın, ailesi ve sağlık profesyonelinin ortak karar verme sürecinin, sağlık sonuçları veya gebelerin memnuniyet düzeyleri üzerinde olumsuz etkisinin olmadığı bulunmuştur (Stacey D. et al., 2011). Literatürde, doğum tercihlerini sağlık uzmanlarıyla paylaşabilen kadınların olumlu doğum deneyimlerine sahip oldukları gösterilmiştir (Baker A. et al., 2001; Wittman RA., 2004). Bu bilgilendirme ve desteği sağlamakta ebeler çok önemli roller oynamaktadır. Bu rolün gereği olarak ebe, kadının karar sürecini etkileyebilecek faktörlerin sağlıklı bir şekilde değerlendirilerek özellikle doğum öncesi bilgilendirme yoluyla, tüm gebelik boyunca doğuma hazırlanmasını sağlamalıdır (Hollins Martin CJ., Martin CR., 2014; Güngör İ., 2009). İyi eğitilmiş, etkili ekip çalışması yapan, yeterli yasal düzenlemeleri mevcut, sevk mekanizmaları ve yeterli kaynakları bulunan ebeler sağlık sistemine entegre edildiğinde hizmetin etkinliği ve verimliliği artmakta, maliyet düşmektedir (Karahana N., 2016). Prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadını bilgilendirmek, sorduğu sorulara cevap almasını sağlamak, doğumhaneye kabul ve sonrasında rutin haline gelmiş uygulamaların sorgulanması ve bu uygulamalarla ilgili kadınların karar sürecine katılımlarının sağlanması ebeğin önemli rollerindedir. ICM'in doğum felsefesini benimseyen ebeler, DSÖ'nün manifestosu ışığında kadınların doğum deneyimlerinin olumlu olmasını sağlayabilmektedirler. Olumlu doğum deneyimi için önemli olan DSÖ manifestosu; doğumun kendiliğinden başlaması, doğum boyunca hareket özgürlüğünün olması, gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmesi, gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması gerektiği,

doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesi ve doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada kalmasını destekleyen maddeleri içerir.

1.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, Kütahya İli Tavşanlı İlçesi Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi'nde doğum yapan kadınların doğum deneyimlerini ve doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemektir.



ARAŞTIRMA SORULARI

- Kadınların doğum deneyimleri nasıldır?
- Kadınlar doğumdan korkuyorlar mı?
- Kadınların doğum deneyimlerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Kadınların çoğunun doğumla ilgili deneyimleri olumsuz mudur?
- Kadınların olumsuz doğum deneyimi yaşamalarının sebepleri nelerdir?
- Kadınlar doğum da en çok bebekleri için mi yoksa kendileri için mi endişe yaşamaktadır?
- Sağlık profesyonellerinin davranışları kadınların doğumdan memnuniyetini etkiler mi?
- Doğum ve doğum sonrası uygulanan müdahaleler kadınların doğum deneyimlerini etkiler mi?
- Doğum öncesi kontrollere gitme ve eğitim alma durumu doğumdan memnuniyeti etkiler mi?
- Doğumu yaptıran kişinin kim olduğu doğumdan memnuniyeti etkiler mi?
- Kadınların doğum deneyimlerinin olumlu olmasını sağlamak mümkün müdür?

2. GENEL BİLGİLER

Gebelik, kadın ve erkek üreme hücrelerinin birleşmesi sonucu başlayan ve doğumla sona eren bir olaydır. İnsanlarda ortalama gebelik süresi 40 hafta ya da 280 gündür. Üreme hücreleri kadında ovum, erkekte spermdir. Gebelikte fizyolojik, biyokimyasal ve anatomik birçok değişiklik meydana gelir. Gebelikte metabolik değişiklikler olarak kilo alımı, protein, karbonhidrat, yağ, su, mineral, folik asit metabolizmasında değişiklikler; hematolojik olarak kan hacminin artışı, demir ihtiyacının artışı, pıhtılaşma eğiliminin artması, kardiyovasküler sistemde değişiklikler ve kan basıncında değişiklikler bunlara ek olarak solunum, üriner, deri, memelerde, üreme organlarında, kas-iskelet, endokrin ve gastrointestinal sistemlerde de değişiklikler gözlenebilir. Gebeliğin tanısında fetal kalp seslerinin duyulması, abdominal muayenede fetüsün kısımlarının elle hissedilmesi, fetüs hareketlerinin saptanması, USG'de fetüsün görülmesi ve gebelik testinin pozitif çıkması kesin gebelik belirtileridir (Uludağ, 2009).

Gebelik özellikleri yönünden üç döneme ayrılır: gebeliğin birinci trimesteri ilk üç aylık süredir. Gebeliğin ilk haftalarında fiziksel ve psikolojik değişiklikler olmaktadır. Bunlar; mide bulantısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet, ödem artışı, uterusun büyümesinden dolayı sık idrara çıkma isteği, uyku hali, yorgunluk, aşırı alınganlık, ağlama isteği, sık acıkma, kilo artışı gebeliğin beşinci haftasından itibaren kendini göstermeye başlar. Gebeliğin ikinci trimesteri ikinci üç aylık süredir. İkinci üç aylık dönem gebeliğin 13. haftası ile 27. haftası arasındaki dönemdir. Bu dönemde gebeliğin başlangıcındaki etkiler azalmış ve son üç aydaki rahatsızlıklar ise henüz başlamamıştır. Ağrı ve yanmalar, cilt değişiklikleri (gebelik lekelenmeleri, cilt döküntüleri, sivilcelenmeler), konstipasyon, anemi, bacak krampları, kilo artışı, vajinal akıntı ve enfeksiyonlar, aşermeler bu dönemde başlar. Son üç ay, şikayetlerin yeniden alevlendiği 27 ile 40. gebelik haftaları arasındaki dönemdir. Bu dönemdeki şikayetlerin pek çoğundaki neden, uterusun hacimsel büyümesidir. Ayrıca gebeliğin sebep olduğu şikayetlerin artması yanında bebekle ilgili risklerin de en fazla olduğu dönemdir. Halsizlik, yorgunluk, çarpıntı, nefes darlığı, psikolojik problemler, gerginlik, karın, sırt, bel, kasık ağrıları, mide yanmaları, bacak krampları, uykusuzluk, sık idrara çıkma ve idrar kaçırma problemleri, el ve ayak parmak uçlarında uyuşmalar, varisler ve bacaklardaki ödemlerde artış gözlenir.

<http://www.kadincecukusagligi2016.org/gorseller/files/kitap-son-versiyon.pdf>

Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus sağlığı için önemlidir. Gebelerde kaygı düzeyinde artış, ambivalan duygular ve davranışlar, ağlama eğilimi, hassas olma, depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif gibi bozukluklar gelişebilir. Gebelik sürecinde kadının yaşadığı duygular ve verdiği

tepkiler trimesterlere göre farklıdır (Özorhan EY., Ejder S., Şahin Ö., 2014). Literatürde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da %17,9, Amerika'da %20, Kanada'da %25, Finlandiya'da %30 olarak bulunmuştur (Kurki vd., 2000; Bödecs vd., 2009). Türkiye'de Beck Depresyon Ölçeğine göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27,3, Sevindik %36,3 olarak bulmuşlardır (Sevindik, 2005; Karaçam ve Ançel, 2009). Gölbaşı ve ark.'larının Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğine göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28,6 olarak saptamışlardır (Gölbaşı Z., Kelleci M., Kısacık G., 2007).

Gebelik ve doğum, kadınlar için genellikle büyük ve olumlu yaşam deneyimleridir (Klabbers ve ark., 2016). Aynı zamanda ebeveynlik rollerinin başladığı bu dönem, rol özelliklerine adaptasyonu gerektiren bir kriz sürecidir. Bu süreç kadında çoğunlukla anksiyete ve korkuya neden olmaktadır (Szeverenyi P., Poka R., Hetey M., Torok Z., 1998). Her ne kadar doğum yapmak, kadınlar için olumlu yaşam deneyimi olsa da, kadının gebelik yaşının küçük olması, ilk gebeliği olması, gebeliğin planlı olmaması, daha önceden yaşadığı ya da tanık olduğu olumsuz doğum deneyimleri, medya, düşük sosyo ekonomik düzey, sosyal çevre eksikliği, obsesif kişilik gibi faktörler kadında doğum korkusu oluşmasına sebep olmaktadır.

Doğum korkusunun kaynakları çeşitli olabilir; bebeğin zarar görmesi veya ölümü, annenin zarar görmesi veya ölümü, personele güvenmeme, doğum anında kontrol kaybı ve panik olma şeklinde sıralanabilir (Şahin N., Dinç H., İşsiz M., 2009; Ryding ve ark., 1998). Dönmez ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında annelerin %60'ı kendileri ve bebeklerinin sağlığı için endişe duyduklarını ve gergin olduklarını belirtmiştir. Gebelere doğumdan korkma sebepleri sorulduğunda ise, bebeği kaybetmekten (Dönmez S., Yeniel Ö., Kavlak O., 2014), engelli çocuk sahibi olmaktan, fetal yaralanmalardan (Szeverenyi ve ark., 1998), ölü doğum yapmaktan, yanlış bir davranışta bulunarak fetüse zarar vermekten, doğumda bebeğin yaralanmasından, doğumdan sonra bebeğin hasta olmasından ve kaçırılmasından (Saisto T., Olavi Y., Halmesmaki E., 1999; Melender, 2002; Subaşı ve ark., 2013) korktuklarını belirtmişlerdir. Kadınlara kendileri ile ilgili doğumdan korkma sebeplerinin sorulduğu çalışmalarda ise kadınlar acı çekmekten, doğum sürecinin kötü geçmesinden ve uzamasından, deneyimsiz olmaktan, anestezi almaktan (Dönmez ve vd., 2014), ağrı yaşamaktan, müdahalelerden, acilen sezaryen doğuma alınmaktan; fazla kanamadan, plasenta parçasının kalmasından, kan basıncının yükselmesinden, doğum sırasında komplikasyon gelişmesinden ve yeterince ıkınıp nefes alamayacaklarından korktuklarını belirtmişlerdir (Melender, 2002; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Subaşı ve ark., 2013; Dönmez ve ark., 2014). Saisto'nun (2006) çalışmasında kadınların doğumla ilgili hissettiği en yaygın duygunun utanç ve korku olduğu

görülmüştür. Kadınlara sağlık personeli ile ilgili korkularının sorulduğu çalışmalarda, sağlık personelinin bağırması, hata yapması ve destek olmaması gibi nedenler gebelerde korkuyu arttırdığı saptanmıştır (Saisto ve ark., 1999; Melender, 2002; Subaşı ve ark., 2013). Kadınlar, korku nedenleri arasında personele güvenmemenin de yer aldığını ifade etmişlerdir (Fenwick ve ark., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'ne göre 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere doğum denir. Doğum ağırlığı 500 gramın üzerinde olan ya da baş topuk mesafesi 25 cm ve üzerinde olan fetüslerin doğumu, bir başka deyişle fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır (Kosova F., Zeybek Ö., Göker A., Çalın S., Demirtaş Z., 2016).

Vaginal doğum; ortalama 40 haftada uterus içinde büyüme ve gelişmesini tamamlayan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve diğer güçlerin etkisi ile doğum kanalından geçerek dışarı atılması ile başlar, fetüs ve plasenta çıktıktan iki saat sonra son bulur. Fetüs, plasenta ve membranların doğum kanalından dışarıya çıkmasıdır (Taşkın, 2012; Şirin, 2008). Dünya Sağlık Örgütü vaginal doğumu; 37-42 haftalar arasında, spontan, fetüsün tek verteks pozisyonunda olduğu ve doğumda anne ve bebeğin iyi izlenmesi ve iyilik durumlarının doruğa yükselmesi olarak tanımlar.

Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır (Arney & Neill, 1982; Çoker, 2009; Lothian, 2000). Kadının, içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdahalenin olmadığı doğum eylemidir. Doğal doğumda sağlık profesyoneli doğuma hiçbir şekilde dışarıdan müdahale etmeden gebenin sadece izlemine yapmaktır. Çünkü gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Gereksiz yapılan her müdahale, doğumun işleyişinin aksamasına ve hormon salınımı üzerine negatif etki yapar. Doğumda en önemli iki hormon oksitosin ve endorfindir. Oksitosin salınımı sayesinde uterus kontraksiyonları başlar ve doğumun ilerlemesi sağlanır. Endorfin ise vücudun salgıladığı doğal ağrı kesicidir. Doğuma müdahale edildiği an bu iki hormonun işlevi bozulur ve kadının doğal doğum yapması engellenmiş olur. Doğumda aktif rol oynaması gereken kadın, pasif duruma düşer (Çoker, 2009; Lothian, 2000).

Sezaryen doğum ise; fetus, plasenta ve membranların, abdominal ve uterin duvarlara yapılan insizyon yoluyla çıkarılmasıdır (Cunningham FG., Gant NF., Leveno KJ., 2001). Sağlık Bakanlığı'na göre sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu

ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal veya fetal morbidite ve mortalitede artış riski varsa uygulanır.

Fortaleza, Brezilya' da Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen üreme sağlığı uzmanlarından oluşan panelde "Hiç bir bölgede, sezaryen hızının %10-15' lerin üzerinde olmasını haklı çıkaracak bir gerekçe bulunmamaktadır" şeklinde bir ifadeden söz edilmiştir (DSÖ, 2014). Afrika başta olmak üzere az gelişmiş ülkelerde sezaryen oranı % 10'un altına düşmesine rağmen, ülkelerin çoğunluğu DSÖ'nün önerisini aşmış ve bazı ülkeler ise bunu geniş bir farkla geçmiştir (Ye J., Betran AP., Guerro M., Souza JP., Zhang J., 2014). Ülkemizde en son verilere baktığımızda; sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı 2014 yılında %51 iken 2015 yılında %52,4 olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015). Irak'ta 2017 yılında yapılan retrospektif bir çalışmada, 2014 yılında sezaryen oranlarının %24,4 olduğu bulunmuştur (Shabila, 2017). Çin'de yapılan bir çalışmada 1993, 1998, 2003 ve 2008 yıllarında sezaryen oranları karşılaştırılmış ve anlamlı düzeyde bir artış gözlenmiştir. 2008 yılında kentsel alanlarda oran % 40'ın üzerinde bulunmuştur. Sadece kırsal kesime en uzak yerde yaşayan ve sosyoekonomik olarak yoksul kadınlarda oran 15'in altında bulunmuştur (Feng X., Xu L., Guoa Y. & Ronsmans C., 2012). Çin'de 2008 yılında ortalama sezaryen oranları %28,8 bulunmuştur. Bu oran 2014'te %34,9'a yükselmiştir (Hong-Tian vd., 2017). Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada 2005 yılında sezaryen oranı %33 bulunmuştur. Bu oran özel hastanelerde %51'dir (José Villar vd., 2006). Yunanistan'da yapılan bir çalışmada 2005 yılındaki sezaryen oranları kamu hastanelerinde % 41,6 (n = 183) iken özel hastanedeki CS oranı % 53 (n = 193) bulunmuştur (Mossialos E., Allin S., Karras K., Davaki K., 2005). Bir çok çalışmada tıbbi ve tıbbi olmayan nedenler de dahil olmak üzere, gerçek sezaryen endikasyonları dışında bir çok artış sebebi saptanmıştır (Gibbons vd., 2012; Zhang vd., 2010; Zizza vd., 2011; Jurdi vd., 2004). Bu nedenler arasında, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artması, üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımındaki artış gösterilebilir (Smith LK., Manktelow BN., Draper ES., 2014). Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması ve en önemlisi normal doğum sırasında hissedilen ağrı gibi faktörlerden söz edilmektedir (Gözükara F., Eroğlu K., 2011; Turnbull vd., 2004). Ayrıca sezaryen endikasyonlarının geniş tutulması, sezaryenli kadın sayısında artış, kadın doğum hekimlerince doğum zamanlaması ve süresinin belirlenebileceği düşünceleri, sağlık sigortaları, özel hastaneler, maddi durumun iyi olmasından dolayı özel hastanelere giden kadın sayısının artışı, annenin etik anlayışı, önceki doğum deneyimi, vaginal doğumda uzun süren

ağrı ve bebeğe zarar verme düşüncesi ve kadının çevresinden etkilenmesi sonucu kendi isteği ile sezaryeni istemesi sezaryeni arttıran sebepler arasındadır (Dölen I., Özdegirmenci Ö., 2004). Kadınların sezaryen tercihini etkileyebilen nedenlerden bir diğeri ise kadın doğum doktorlarının etkisidir. Literatürde sık belirtilen faktörlerden biri doktorların kişisel görüşlerini kadınlara yansıtarak onların sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olmasıdır (Hopkins vd., 2006; Penna vd., 2003; Lo, 2003). Doktorların, sezaryeni tercih nedenleri ise, maddi yönden kazanç sağlamak istemeleri, doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulamalarının yetersizliği, hatalı tıbbi uygulamalar sonucunda dava edilebilme korkusu, doğumda risk almak istememeleri olarak belirtilmektedir (Hopkins K., Amaral E., 2006; Tatar M.O, Günalp S., Somunoğlu S., Demiralp A., 2000; Osis M., Cecatti J., Padua K., Faundes A., 2000).

Kadın önceki vaginal doğumda ağrı tecrübesi ve zor doğumdan dolayı ikna edilemiyorsa, diğer doğum şekilleri tercih edilebilir. Sezaryenle doğumu seçenler bebeğin doğum yolu travmasına maruz kalmayacağını ve bebek mortalitesinin daha az olacağını düşünmektedirler. Oysa ki; sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar, anestezi riskleri, kanama ve kan transfüzyonu gereksinimi, emboli, neonatal morbidite, neonatal respiratuar distres sendromu, enfeksiyonlar (endometrit, yara yeri enfeksiyonları), annede psikolojik problemler, tekrarlayan sezaryen ve buna bağlı riskler (plasenta previa, uterus rüptürü, batın içi yapışıklıklar) şeklindedir (İğde Artiran F., 2004; Çetinkaya ŞE., Söylemez F., 2008). Karakuş ve Şahin'in çalışmasında (2008) kendi tercihi ile sezaryen doğum yapan kadınların %62,1'i ağrı korkusu, %26,4'ü güvenli bulma nedenleri ile seçtiklerini bildirmişlerdir. Pena ve Arulkumaran (2003)'ün çalışmasında, kadının doğum tercihi kararında, yaşadığı toplumda sezaryenin "iyi" veya "kötü" olarak değerlendirilmesi ve çevresindekilerin etkisinin önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (Pena L., Arulkumaran S., 2003).

Sezaryen ile doğum, vaginal doğumun gerekli durumlarda başvuru bir alternatifi olarak algılanmamalı, vaginal doğumun yerini almaya başlayan daha üstün bir doğum şekli olarak görülmemelidir. Vajinal doğumları teşvik etmek için sezaryen operasyonlarının potansiyel riskleri konusunda kadınlar gebelikleri boyunca iyi eğitilmeli ve bilgilendirilmelidirler (Okumus F., Sohbet R., 2013). International Confederation of Midwives (ICM)'e göre ebe, reproduksiyonu destekleyerek, kadınların kendi kararlarını verebilmesi ve vaginal doğum için savunuculuk yapabilmesi için gerekli konular hakkında bilgi vererek kadın sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunabilir Türkiye'de ebeler sezaryeni azaltmak, vaginal doğumu desteklemek, kaliteli prenatal bakım ve danışmanlık sağlamak için gerekli eğitime sahiptir.

Artan sezaryen oranlarını azaltmak için; primer sezaryen oranlarını azaltmak ve SSVD olgularını arttırmak gerekmektedir. ACOG 2010'da konferans bildirisinde SSVD'nin gebelerin önemli bir kısmına güvenli ve uygun bir seçenek olabileceğini vurgulamıştır. Ancak, SSVD'ler uterin rüptüre çok acil müdahale edebilecek uygun donanımlı ve deneyimli personeli olan hastane koşullarında, uygun seçilmiş, gebelik izlemi kriterlere uygun, ayrıca tüm ayrıntılarıyla riskleri ve avatajlarıyla bilgilendirilen gebelerin önceden onamları alınması koşuluyla uygulanabilir (Pehlivan H., 2016).

2.1. Doğum Deneyimi ve Doğum Sonu Memnuniyeti Etkileyen Faktörler

Kadınların doğum anında yaşadığı duygular, rutin haline gelmiş müdahaleler, sağlık personelinin yaklaşımı, doğum odasının fiziksel koşulları, sürecin ne kadar sürdüğü, kadının doğum deneyimi olarak ifade edilir. Kadınların doğum deneyimlerinin olumlu olması, olumlu doğum hikayeleri anlatmalarını sağlar. Hodnett (2007), kadınların doğum deneyimini etkileyen dört ana faktör olduğunu keşfetmiştir. Bunlar; kişisel beklentiler, bakım verenlerin desteği, bakım veren hasta ilişkisinin kalitesi, karar verme sürecinde kadının katılımıdır.

Doğum memnuniyeti; kadının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşadığı yer, daha önceki gebelik öyküsü, pirimipar ya da multipar olması, doğum şekli, hastanede yatış süresi, sağlık personeli ve kadın arasındaki iletişim, hastanenin koşulları, personelin güler yüzlü, konuşkan ve sıcakkanlı olması, bekleme süresi ve ziyaretçi politikasına göre değişir (Kavuncubaşı Ş., 2000). Gebenin memnuniyeti; hizmetin sunumunun niteliğini, gebe ile sağlık personelinin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, sağlık personelinin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Avis M., Bond M., Arthur A., 1995). Bu nedenle gebe memnuniyetinin temelini gebe ve yakınlarının beklentilerinin karşılanması, gebeyi ve yakınına bilgilendirme ve iletişim oluşturmaktadır. Toplumlarda eğitim düzeyinin artmasıyla daha bilgili ve verilen bakımı/hizmeti eleştiren bireyler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde gebeler kendi sağlık bakımına katılmak, karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek ve tanılarını anlamak istemektedirler (Merkouris A., Ifantopoulos J., Lanara V., Lemonidou C., 1999). Böyle bir durumda kadınların memnuniyetinin değerlendirilmesi, sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve sağlık alanındaki eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin giderilmesi için yol gösterici olabilmektedir. Bu nedenle kadınların memnuniyeti; sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilirken, sağlık personelinin hizmetlerindeki yeterliliğinin değerlendirilmesi ve kalitesinin belirlenmesinde ve en önemlisi kadınların kendi kararlarını vermelerine destek olmakla

birlikte, olumlu geri bildirim sağlamaktadır (İçyeroğlu G., Karabulutlu E., 2011). Kanıt dışı müdahale oranlarının azalması ile olumlu geri bildirim alınmış, iyi klinik sonuçlara ulaşılmış ve pozitif doğum memnuniyeti oranları da artmıştır (Okumuş F., 2016). Doğum memnuniyetini etkileyebilecek uygulamalar arasında kanıta dayalı uygulamalar da yer almaktadır. Çoğu kadın, anne ve bebek sağlığı için ciddi bir sorun oluşturmadığı sürece doğumu hızlandırmak veya kolaylaştırmak amacıyla yapılan epizyotomi, indüksiyon, amniotomi, vakum, sezaryen gibi tıbbi girişimlerin yapılmasını istemezler. Bu nedenle doğuma yapılan müdahalelerin, doğum deneyiminden duyulan memnuniyeti de etkilediği düşünülmektedir (Slade ve ark. 1993; Waldenström 1999; Waldenström ve ark. 2004; Abushaikha ve Sheil 2006; Rijnders ve ark. 2008).

KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Kanıta dayalı uygulama(KDU), klinik kararları desteklemek için elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir (Kocaman G., 2003). Farklı bir tanımla KDU, bakım ortamlarında hastalara en iyi bakımı sunabilmek için uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen klinik kanıtları bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz M., 2005).

Ebelik uygulamalarının kanıta dayalı olması, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve memnuniyeti arttırmak gibi sonuçlar açısından önem taşımaktadır. Bakım, elde edilebilen en bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki ebeliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Kanıta dayalı uygulamalar ebelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar (Kocaman G., 2003).

DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİ

2.1.1. Doğumhaneye Kabul Edilme Zamanı (Geç Kabul)

Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu tarafından doğumhaneye doğrudan kabul ile aktif doğuma kadar beklenen geç kabulün 2001 ve 2009 yıllarında iki kere sistematik incelemesi yapılmış ve sonuçlar aynı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, geç kabulde doğum salonunda bekleme süresinin kısaldığı, intrapartum analjezi ve oksitosin kullanımının daha az olduğu, gebelerin kontrol duygusunu daha fazla hissettiği bildirilmiştir.

(http://www.health.qld.gov.au/qcgc/documents/g_normbirth.pdf).

Diğer bir çalışmada doğumhaneye başvuran 209 kadının doğumhaneye doğrudan kabulü, aktif doğuma kadar beklenen geç kabulü ile karşılaştırılmış ve geç kabulde, kadınların doğum salonunda bekleme sürelerinin kısaldığı, daha fazla kontrol duygusu hissedildiği, doğum eyleminin süresinin ilerleyişi ve doğum ağrısıyla başa çıkılması için daha az oksitosin ve daha az analjezi kullanıldığı bulunmuştur (Mc Niven PS., Williams JI., Hodnett E., Kaufman K., Hannah ME., 1998). Geç ve doğrudan kabulün karşılaştırıldığı retrospektif çalışmalarda sekiyo sezeryanda %30-40'lık bir azalma rapor edilmiştir (Lauzon ve Hodnett, 2001). Başka bir çalışmada latent fazda doğumhaneye kabul edilen gebelerde; oksitosin uygulaması, membran rüptürü ve sezaryen oranlarının aktif fazda kabul edilenlere göre yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak latent fazda doğumhaneye kabul edilen gebelerin daha fazla obstetrik girişimlere maruz kaldığı belirtilmektedir (Chuma C., Kihunrwa A., Matovelo D., Mahendeka M., 2014). Doğumhaneye geç kabul edilen gebeler obstetrik girişimlere daha az maruz kalacakları için doğum deneyimlerini ve doğum sonu memnuniyetlerini olumlu yönde etkilenebilir.

2.1.2. Fetal Monitorizasyon

Sürekli elektronik fetal monitorizasyon(EFM) ile aralıklı EFM uygulamasının karşılaştırıldığı Cochrane sistematik araştırmasında perinatal ölüm ve serebral palsy oranlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat sürekli EFM'nin neonatal konvülsiyonlarının azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, sürekli EFM'un sezaryen artışı ile anlamlı olduğu ve müdahaleli doğum riskini arttırdığı bildirilmiştir (Alfirevic Z., Devane D., Gyte GM., 2013).

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği (ACOG), birinci evredeki düşük riskli gebelerin fetal monitorizasyon traselerinin her 30 dk.'da bir değerlendirilmesini, ikinci evrede ise her 15 dk.'da bir değerlendirilmesini önermektedir. Yüksek riskli gebelerde ise birinci evrede her 15 dk.'da bir, ikinci evrede her 5 dk.'da bir fetal monitorizasyon traselerinin değerlendirilmesini önermektedir (Miller D., Miller LA., 2012).

Sonuç olarak, sürekli EFM uygulanmasının neonatal konvülsiyonlarının azalması, sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının artışı ile ilişkisi vardır, bu artış doğum sonu memnuniyeti olumsuz yönde etkileyebilir.

2.1.3. Ultrasonografi (USG)

Doğumhaneye kabulde, ultrasonografi yardımıyla fetal ağırlık tahmini ve amniyotik sıvı ölçümü sıklıkla yapılmaktadır. Özellikle doğum öncesi izlemlerin düzenli olmaması, izlemlerin her zaman aynı yerde yapılmaması ve

kayıtların düzenli tutulmaması nedeniyle doğumhanede USG değerlendirmesine daha fazla gereksinim duyulmaktadır (Rathfisch G., Güngör İ., 2009).

Sekizyüzseksenüç kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesinde, USG'nin sezaryen olasılığı ve oksitosin uygulamasını arttırdığı bulunurken, Apgar ve neonatal yoğun bakıma kabul sonuçlarında anlamlı fark görülmemiştir. Ancak, veriler yetersiz olup, daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Khunpradit S., Lumbiganon P., Laopaiboon M., 2011).

2.1.4. Partograf Kullanımı

Partograf, doğum eylemin ilerlemesi, maternal ve fetal iyilik durumunu değerlendirmek ve yorumlamak için gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına dayanan bir araçtır (Arslan H., 2012).

Yedibinyediyüzaltı kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesinde, partograf kullanımının, perinatal ve fetal morbidite ve mortalite üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, partograf kullanımının sezaryen, müdahaleli vaginal doğum ve 5. dakikadaki Apgar skorlarının <7 olması oranları arasında fark bulunmamıştır. Latent fazda partograf kullanımı ve kullanılmaması karşılaştırıldığında ise, kullanılmadığı durumda sezaryen oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna göre, doğum yönetimi ve bakımında rutin partograf önerilmemekle beraber, kullanımı kabul edilebilmektedir (Lavender T., Hart A., Smyth RMD., 2013).

Ancak, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen oranlarının azaltılması amacıyla partograf kullanımına ilişkin genelge yayınlanarak kullanımına ilişkin formlar düzenlenmiştir(Saglik.gov.tr (Internet). Güçlü kanıtlar bulunana kadar bu konuda daha fazla araştırmaya gerek duyulmaktadır ancak partograf kullanımı, doğumun gidişatı ile ilgili bilgi sahibi olmamızı ve uzayan eylemi erken fark edebilmemizi sağladığı için kadın için bir risk oluşturmadığı sürece kullanılabilir ve doğum sonu memnuniyeti olumlu yönde etkileyebilir.

2.1.5. Vajinal Tuşe Sıklığı

Doğumda vajinal tuşe ile servikal dilatasyon değerlendirme, doğumun aktif yönetiminde genellikle iki saat aralıklarla yapıldığı görülmektedir. Ancak muayene sıklığı arttıkça koryoamnionit riskinin de arttığı bilinmektedir (Rathfisch G., Güngör İ., 2009).

Cochrane sistematik incelemesinde rutin uygulanan vajinal tuşenin, rektal tuşe ile karşılaştırıldığında antibiyotik gerektiren neonatal

enfeksiyonları, sezaryen doğum, vajinal doğum, perinatal ve neonatal mortalite ve morbidite açısından fark bulunmamıştır. Doğum süresi ve gelişebilecek enfeksiyonlara ilişkin veri bulunmamaktadır. Vajinal tuşenin iki saatte bir ve dört saatte bir uygulaması karşılaştırıldığında; doğum süresi, epidural analjezi uygulaması, sezaryen doğum, spontan vaginal doğum ve cerrahi vaginal doğum arasında fark bulunmamıştır. Yaygın olarak kullanılan bir uygulama olmasına karşın, fayda/zararları hakkında kanıta dayalı sonuçlar bulunmamaktadır (Downe S., Gyte GML., Dahlen HG., Singata M., 2013). Kadınlara yapılan vaginal tuşe sıklığının doğum deneyimi ve doğum sonu memnuniyetlerine olan etkisinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.1.6. Oksitosin Uygulanması

Cochrane sistematik incelemesinde, 1138 düşük riskli gebeyi kapsayan sekiz çalışmada doğumun birinci evresi yavaş ilerliyorsa, erken uygulanan oksitosinin doğum süresini yaklaşık 2 saat kısalttığı belirtilirken, sezaryen ve müdahaleli vaginal doğum oranlarında belirgin fark bulunmamıştır (Bugg GJ., Siddiqui F., Thornton JG., 2013). Uygulanan oksitosinin başlangıç dozu, artırma dozu, yüksek dozunun maternal/neonatal etkisi ilgili veriler yetersizdir. İki yüz kırk beş kadını içeren, iki çalışmada, fetal distressi önlemek için düzenli olarak anneye profilaktik oksijen verilmesi, 7.20 'den daha düşük umbilikal arter kan pH' insidansında %350'lik artış ile ilişkilendirilmiştir (Berghella ve diğ., 2008). Neonatal sonuçlar açısından bakıldığında ise; apgar sonuçları, umbilikal kord pH'ı, neonatal yoğun bakıma yatış ve mortalite açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Kenyon S., Tokumasu H., Dowswell T., Pledge D., Mori R., 2013). Oksitosin uygulamasının kadınların doğum deneyimleri ve doğum sonu memnuniyetlerine etkisinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.1.7. Prostaglandin Uygulaması

Prostaglandinler, servikal olgunlaşmayı sağlamak, serviksin açılmasına yardımcı olmak ve doğumu başlatmak için kullanılan, tablet, jel ve peser gibi farklı tipleri olan ajanlardır. Serviks içine prostaglandin verilmesi doğum eyleminin başlatılmasında etkilidir. Prostaglandinler doğum eylemi sırasında vücut tarafından da doğal olarak üretilmektedir. Prostaglandinlerin rolü, serviksi hazırlamak ve kontraksiyonlara yanıt olarak serviksin açılmasına yardımcı olmaktır (Karakış, 2007).

Vajinal prostaglandinlerin indüksiyonda etkili oldukları için oksitosin gereksinimini azalttıkları ve 24 saat içinde vajinal doğumu gerçekleştirdikleri araştırılan 10441 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesi yapılmıştır. Sezaryen oranlarına ilişkin kanıtlar yetersizdir. Peser şeklinde sürekli salınımlı

prostaglandinler ile vaginal jel ve tablet tipleri kıyaslandığında daha az müdahaleli vaginal doğum ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Vaginal jel prostaglandinler plasebo grubu ile karşılaştırıldığında fetal kalp hızı değişiklikleri ile beraber uterus hiperstimülasyon riskinin arttığı bildirilmiştir (Kelly AJ ., Malik S., Smith L., Kavanagh J., Thomas J., 2009). Farklı tipleri kıyaslandığında, 11590 kadını içeren 56 çalışmada, prostoglandin oral verilmesi vaginal verilmesine göre daha güvenli bulunmuştur (Alfirevic ve Weeks., 2006). Parite ve gravida sayılarının homojen olmadığı kadınların katıldığı başka bir çalışmada prostoglandin uygulaması yapılan kadınların doğum sürelerinin 3 saat kısaldığı gözlenmiştir. Sonrasında primipar ve multipar olarak ayrılan kadınlarda primipar olan kadınların doğum sürelerinde kısalma olmadığı sadece multiparlarda anlamlı fark bulunduğu gözlenmiştir (Uğurel, 2007). Doğum süresinin kısalması açısından prostoglandin kullanımı kadınlar için olumlu doğum deneyimi ve artan doğum sonu memnuniyet algısı oluşmasına neden olabilir, ama prostoglandin uygulamasının doğum deneyimini ve doğum sonrası memnuniyeti nasıl etkilediğinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.1.8. Amniyotomi

Amniyotomi, uterus kontraksiyonlarının sıklığını ve şiddetini artırmak için uygulanır (Hofmeyr, 2005). 4000'den fazla kadını içeren toplam dokuz çalışmada, rutin olarak amniyotomi yapılması, geç ya da hiç amniyotomi yapılmaması durumuyla karşılaştırıldığında, amniyotomi doğum eyleminin süresinde (çoğunlukla ilk evredeki kısalmadan dolayı, ≤ 60 dak.) ve oksitosin kullanımında azalma, fetal distres insidansında ve sezeryan oranlarında %26'lık artışla ilişkili bulunmuştur (Berghella ve diğ., 2008). Rutin amniyotomi uygulanması standart doğum eyleminin yönetiminde önerilmemektedir. Amniyotomi spontan doğumun ilerlemesini hızlandırmaz, doğumun birinci evresini kısaltmaz, disfonksiyonel doğum ve oksitosin kullanımını azaltır ancak sezaryen ile doğumu arttırabilir, maternal enfeksiyon veya narkotik analjezik ya da epidural analjezi kullanımını arttırmaz sonuçlarına ulaşılmıştır. Normal ve uzamış latent faz üzerine etkisi gösterilmemiştir (Cochrane Database Syst Rev., 2013). Amniyotominin kadınlarda doğum ağrısını arttırdığı ve doğum süresini etkilemediği saptanmıştır. Buna göre, rutin amniyotomi uygulanması standart doğum eyleminin yönetiminde önerilmemektedir (Smyth RMD, Markham C, Dowswell T., 2013). Doğum ağrısını arttırması kadınların doğum deneyimini ve doğum sonu memnuniyetini olumsuz yönde etkiler.

2.1.9. Beslenme

Doğum eylemi sürecinde katı ve sıvı oral alım kısıtlamasının yararları ve zararlarının değerlendirildiği Cochrane sistematik incelemesinde; sadece su tüketen, sadece karbonhidratlı içecekler tüketen ve hem sıvı hem hem katı besinler tüketen gebeler karşılaştırılmıştır. Komplikasyon riski düşük gebelerin oral alımlarının kısıtlanmasında bir engel olmadığı bulunmuştur. Sezaryen oranları, müdahaleli vajinal doğum ve 5. dakikadaki Apgar skorlarının <7 olması oranlarında anlamlı fark olmadığı açıklanmıştır (Singata M., Tranmer J., Gyte GML., 2013).

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği(ACOG) göre, komplikasyonu olmayan gebeler oral tanesiz sıvı tüketebilirler; ancak çorba gibi içerisinde partiküller bulunan sıvılardan kaçınmalıdırlar. Doğumu sezaryen planlanan komplikasyonu olmayan gebeler ise anesteziden iki saat önceye kadar oral berrak/tanesiz sıvı tüketebilirler. Ancak, aspirasyon riski ve müdahaleli doğum riski yüksek olan gebelerin sıvı tüketiminden de kaçınmaları önerilmektedir (ACOG, 2009).

2.1.10. Intravenöz Sıvılar(IV)

Düşük riskli 1718 gebenin incelendiği Cochrane sistematik incelemesinde, oral sıvı kısıtlaması yapılan gebelere rutin uygulanan IV sıvının doğum süresini azalttığı bildirilmiştir. Ancak yapılan bir çalışmada, gebelere saatte 250 ml. uygulanan Ringer Laktat ya da normal salin solüsyonunun, saatte 125 ml. uygulananlara göre doğum süresinin ortalama 105,61 dakika kısaldığı ve sezaryen sayısında azalma olduğu, Dextroz içeren solüsyonların ise gebe ve yenidoğanda sodyum seviyelerini düşürerek hiponatremiye yol açtığı saptanmıştır. Ancak, değerlendirilen çalışmaların yetersiz olduğu, daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (Dawood F., Dowswell T., Quenby S., 2013).

Gebenin hidrasyonunu sağlamak için rutinde uygulanan intravenöz sıvıların uygulanmasına ilişkin yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca kullanılan sıvıların tipi ve infüzyon hızı konusunda da öneri oluşturacak veriler yetersizdir (Berghella V., Baxter JK., Chauhan SP., 2008).

2.1.11. Lavman Uygulanması

Cochrane sistematik incelemesinde, 1917 kadını ele alan ve rutin olarak uygulanan lavmanın maternal ve perinatal sonuçlarını değerlendirmek için yapılan çalışmada, perine yara enfeksiyonu, neonatal enfeksiyon, doğum süresi ve kadınların memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Revez L., Gaitán HG., Cuervo LG., 2013). Lavmanın kadın için hoş olmayan

bir işlem olması, ağrının şiddetini arttırması, enfeksiyon gelişme riski, sağlık personeli için iş yükü oluşturması, maliyeti arttırması ve etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle lavmanın rutin olarak uygulanmaması önerilmektedir (Chen ve Wang, 2006; Berghella ve diğ., 2008).

2.1.12. Mobilizasyon ve Pozisyon

Günümüzde birçok kadın doğumhanede sağlık personelinin tercihi üzerine sırt üstü ya da yarı yatar pozisyonda doğumu beklemektedir. Oysaki kadın doğumda aktif rol üstlenecekken, yatarak pasif duruma düşmektedir. Mobilizasyonun olumsuz etkisini gösteren kanıt olmadığı için, kadınların yürüme ve pozisyon değişikliği rutin olarak kısıtlandırılmamalıdır. Sadece supine pozisyonun uterin kontraksiyonları ve plasental perfüzyonu olumsuz etkilediği için çalışmalar bu pozisyondan kaçınılması gerektiğini göstermektedir (Hofmeyr, 2005). Cochrane sistematik incelemesinde 52108 kadını kapsayan 25 çalışmanın değerlendirildiği, doğum eyleminin birinci evresinde yürüyüş, ayakta durma ve dik pozisyonların yatar pozisyonlara göre, kadınlarda doğum süresini ortalama 1 saat 20 dakika kısalttığı, sezaryen riskini ve epidural gereksinimini azalttığı bildirilmiştir (Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr GJ., Styles C., 2013).

Dünya Sağlık Örgütü, kadınların doğum eylemi süresince istedikleri ve rahat ettikleri pozisyonda kalmalarını, hareket etmeleri gerektiğini ve dik pozisyonları tercih etmeleri ve bunun içinde sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmeleri gerektiğini bildirmiştir (Makuch MY., 2010).

Aktif doğum yaklaşımında dik pozisyonların doğuma sağladığı avantajlar ise şu şekilde belirtilmektedir;

- Bebeğin baş ve gövdesinin ağırlığı yer çekimininde etkisiyle, servikse baskı yaparak servikal dilatasyonu hızlandırır.
- Sırt üstü yatar pozisyondayken uterus ağırlığı sebebiyle vena cava inferiora yapılan baskı annede hipotansiyona neden olmaktadır. Aynı şekilde vena cava inferiora baskı sırasında fetüsün kalp atım hızında da bozulma olabilmektedir. Dik pozisyonda bu durumlar engellenmektedir.
- Dik pozisyonlarda sinirler üzerine olan baskı azaldığından uterus kontraksiyonları sırasında ağrı daha az hissedilmektedir.
- Kadın dik pozisyonda olduğunda, pelvisteki eklemler serbestçe genişler, hareket eder ve bebeğin inen başına uyum sağlar. Yarı yatar ya da tam yatar pozisyonlarda bu mümkün olmamaktadır.

- Kadın dik pozisyonda olduğunda perinedeki dokular genişleyip, bebeğin çıkan başı çevresinde geriye doğru sıyrılmaktadır. Bu nedenle dik pozisyonlar epizyotomi ihtiyacını azaltmaktadır (Balaskas J., 1992).

DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİ

2.1.13. İkinma ve Doğum Nefesi

Yapılan çalışmalarda, geç ıkinmaya başlamanın (acil ıkinma isteği gelene kadar bekleme), ikinci evrede uzama ve spontan vaginal doğum insidansında anlamlı yükselmeye ilişkili olduğu bulunmuştur. Geç ve erken ıkinan gruplarda yenidoğan sağlık durumu, müdahaleli vaginal doğum ve sezeryan doğum yönünden farklılık görülmemiştir (Roberts CL., Torvaldsen S., Cameron CA., Olive E., 2004).

Doğumun ikinci evresinde genelde spontan (açık glotis- nefes vererek) ya da valsalva tipi (kapalı glotis- nefes alarak) ıkinma yöntemleri kullanılır. Ancak valsalva tipi ıkinmada, uzun süreli nefes tutulmasının fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir. Toplam 670 kadını içeren iki çalışmada valsalva tipi ıkinma(kapalı glotis-nefes tutarak), spontan ıkinma ile karşılaştırıldığında, valsalva tipi ıkinan grupta doğum eyleminin ikinci evresinin süresinin anlamlı bir şekilde daha kısa sürdüğü (13-18 dk) ve neonatal sonuçlarda ise iki grup arasında benzerlikler olduğu görülmüştür (Güngör İ., Rathfish YG., 2009).

Doğum Nefesi, ebeveynlerin doğumlarının kontrolünü ellerinde tutmalarına olanak sağlar, annenin enerjisini boşa harcamasını engeller, bebeğe sürekli oksijen desteği sağlar, bebeğin inişini sağlamak amacıyla doğum yolununun nazıkçe açılmasına olanak sağlar, doğumda perinenin sağlam kalma olasılığını arttırır, iniş sırasında bebeğin kalp atımlarının sağlıklı olmasını sağlar. İkinma ise, anneyi yorar ve doğumdaki etkisi ile doğum deneyimine katılımını azaltır, doğum yolunu kapatır ve daraltır, anne güçsüz düşer ve fetüs sıkıntıya girer, göz ve yüzdeki kan damarlarına zarar verir, epizyotomi oranlarının artmasına sebep olur, fundal basınç uygulamasına sebebiyet verebilir, sıklıkla fetal kalp atım hızını düşürür (Okumuş F., 2016).

2.1.14. Fundal Basınç

Fundal basınç, spontan vaginal doğumu kolaylaştırmak ve ikinci evrenin uzamasını önlemek için fundus yüzeyinin üzerinden doğum kanalına doğru uygulanan basınçtır (Başgöl & Beji, 2015).

Cochrane sistematik incelemesinde, fundal basınç/ kemer uygulanan kadınlar ile fundal basınç uygulanmayan grup karşılaştırılmıştır. Gruplar arası sezaryen oranlarında, maternal ve neonatal sonuçlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kemer uygulanan grupta anal sfinkter yırtıkları bildirilirken, uzun dönem sonuçlarına ilişkin veri elde edilmemiştir. Sonuç olarak, fundal basıncın yararlarına ve zararlarına ilişkin kanıtlar yetersizdir ve daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (Verheijen EC., Raven JH., Hofmeyr GJ., 2009). Memnuniyet oranı ise uygulanmayan grupta daha fazla olmuştur (Dönmez S., Sevil Ü., 2009).

2.1.15. Epizyotomi

Epizyotomi, vaginal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmeyen yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinede bulbo-kavernos kasına yapılan bir insizyondur (Taşkın, 2003). Rutin epizyotominin olası sıkıntıları; epizyotominin uzaması, uygun olmayan anatomik sonuçlar, artmış kan kaybı ve hematoma, epizyotomi bölgesinde ağrı ve ödem, enfeksiyon, seksüel disfonksiyon, fetal ve üriner inkontinans, artan maliyet olarak sıralanabilir (Homsı, 1994). Epizyotomi ve uzun dönem sonuçları ise; rektal inkontinans varlığı, flatus inkontinans sıklığı, disparoni, seksüel disfonksiyon, perineal ağrı, üriner inkontinans ve pelvik taban relaksasyonu veya prolapsusudur. Bu olası sıkıntılar ve uzun dönem sonuçlarına rağmen günümüzde ise sağlık personeli bu insizyonu rutin olarak uygulamaktadır (Dede H., 2016).

Cochrane sistematik incelemesinde, sınırlı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomi uygulamasına göre daha yararlı olduğu bildirilmiştir. Sınırlı epizyotomi uygulanan kadınların daha az perineal travmaya maruz kaldığı, dikiş ve iyileşme komplikasyonlarının da rutin uygulananlara göre daha az olduğu gözlenmiştir. Ağrı durumu, üriner inkontinans, disparoni, şiddetli vaginal ya da perineal travma yönünden ise fark bulunmamıştır (Carroli G., Mignini L., 2012).

2016'da ACOG ise, rutin epizyotominin pelvik taban hasarını önlemediğini raporladı. Rutin epizyotominin önerilmediğini anons etti. Median epizyotomide anal sfinkter ve rektuma injuri oranlarının yüksek olduğunu, gerekirse restriktif(kısıtlayıcı) epizyotomi ve mediolateral kullanılmasını tavsiye etti. Her ne kadar rutin epizyotomi uygulaması ile sınırlı epizyotomi uygulaması arasında ağrı, üriner inkontinans, disparoni ve travma yönünden fark bulunmasa da, ağrı ve travma kadının doğum deneyimini ve doğum sonu memnuniyetini olumsuz etkileyebilir.

DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ EVRESİ

2.1.16. Umbilikal Kordonun Klemplenmesi

Umbilikal kordonun doğumdan hemen sonra, kordondaki atım durduktan sonra ya da ilk 60 saniye içinde klemplenmesi ile ilgili çeşitli uygulamalar vardır. McDonald ve ark.'larının 3911 kadının değerlendirildiği Cochrane sistematik incelemesinde erken(doğumdan sonra 1 dk içinde) ve geç (doğumdan 1 dk sonra ya da kordon atımı durduktan sonra) kordon klemplenmesinin sonuçları araştırılmıştır. Çalışmada neonatal ve maternal morbidite ve mortalite açısından fark saptanmazken; kordonu geç klemplemenin neonatal açıdan yararları olduğu gözlenmiştir. İstatiksel açıdan da anlamlı bulunan bu yararlar; neonatal ağırlıklarının daha yüksek olduğu, fototerapiye daha az ihtiyaç duydukları, ilk 24-48 saat içinde hemoglobin değerlerinin ve demir depolarının daha yüksek olduğu yönündedir. Bu doğrultuda kordonun geç klemplenmesi önerilmektedir (McDonald SJ., Middleton P., Dowswell T., Morris PS., 2013).

DSÖ; gecikmiş kord klemplemesini (1-3dk) tüm doğumlar için önermektedir. Yenidoğan bebeklerde demir eksikliğine bağlı anemi mortalite sebebi olmaya devam etmektedir (Widness, 2008; Ferri C., Procianoy RS., Silveria RC., 2014). Geç klemplenmenin, demir depolarını arttırdığı yenidoğanlarda %50 oranda 6 aylık sürede anemiyi önlediği bilinmektedir. Bununla birlikte faydaları hakkında bilgi eksikliği ve kaygılar olması nedeniyle geniş bir uygulama alanı yoktur (Word Health Organisation, 2014)

2.1.17. Uterus Masajı

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), postpartum kanamayı, fetüs doğduktan sonra genital yoldan 500 ml ya da daha fazla kan kaybedilmesi olarak tanımlamaktadır (Er S., Saruhan A., 2007). Postpartum kanama maternal mortalitenin en sık nedenlerinden biridir. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu, 2004 yılında plasentanın doğumundan sonra kontraksiyonları arttırmak için rutin olarak uterus masajı yapılmasını önermektedir. Fakat yapılan çalışmalar bunu tam olarak onaylamamaktadır. Doğum sonu yapılan uterus masajının etkinliğini araştırmak için yapılan Cochrane sistematik incelemesinde, profilaktik oksitosin uygulanan kadınlara sürekli uterus masajı yapılması önerilmemektedir. Hofmeyr, Abdel-Aleem, Abdel-Aleem (2008), doğumun üçüncü evresinin yönetiminde 200 kadın ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, doğumdan sonra 60 dakika boyunca, 10 dakikada bir uterus masajı yapılmasının kan kaybını ve ilave uterotoniklerin kullanımına duyulan gereksinimi %80 oranında azalttığı belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, plasenta çıktıktan sonra, uterus tonüsünün hemen değerlendirilmesini ve uterus atonisi açısından 2 saat boyunca her 15 dakikada bir kontrol edilmesi önermektedir (Lavender T., Hart A., Smyth RMD., 2013). Uterus atonisi gelişmesini önlemek amacıyla yapılan uterus masajı kadında rahatsız edici bir durum oluşturmadığı için önerilebilir.

2.1.18. Emzirme

Dünya Sağlık Örgütü; anne sütünün bebeklerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttırmada önemli bir rolü olduğunu belirtmekte ve annelerin bebeklerini en az altı ay sadece anne sütü ile emzirmesini, iki yaşına kadar da ek gıdalarla birlikte anne sütü vermesini önermektedir (WHO 2016).

Yenidoğanın beslenmesi, besin gereksinimi sağlamakla birlikte anne ile yenidoğan arasında sosyal, fizyolojik bir etkileşim aracı olarak işlev görür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014). Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, sindirimi kolay doğal bir besindir (Samur G., 2008).

Kanıt temelli uygulamalarda, doğum sonu mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak bir saat içinde emzirmeye başlama konusunda kadın cesaretlendirilmek gerekmektedir. Kolostrumun doğum sonu ilk birkaç gün bebeğin ihtiyaçlarını karşılayacağı, emzirmeye başlama ve kolostrumun koruyucu etkileri konusunda kültüre duyarlı şekilde bilgi verilmelidir (NICE, 2013). Dyson, McCormick ve Renfrew'in (2005) çalışmasında, rutin bakım ile karşılaştırıldığında emzirme eğitimi verilmesinin emzirme oranlarını arttırdığı görülmüştür. Emzirme, anne bebek arasındaki iletişimi en önemli aracı olduğu için kadınlara doğumdan hemen sonra emzirme önerilmelidir, emzirme ile oluşan bağ kadında olumlu doğum deneyimi oluşmasına sebep olabilir.

2.1.19. Ten Tene Temas

Erken ten tene temas, bebeğin çıplak olarak doğumda ya da hemen sonrasında prone (yüzüstü yatar) pozisyonda annenin çıplak göğsüne yerleştirilmesidir (Güleşen ve Yıldız, 2013).

Anne bebek ilişkisinin en erken dönemde başlatılması, bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimi açısından çok önemlidir. 2117 kadının katıldığı Cochrane sistematik derlemesinde, ten tene temas durumunda bebeğin ağlamalarının azaldığı, emzirme sonuçları, kardiyolojik sistem üzerinde pozitif etkileri olduğu belirtilmiştir. Kısa ve uzun dönem yan etkileri ise saptanmamıştır (Moore ER., Anderson GC., Bergman N., Dowswell T., 2012). Aynı zamanda

ten tene temasın plasentanın çıkmasını da kolaylaştırabileceği de bildirilmiştir (Harris T., Munro J., Jokinen M., 2012).

Ten tene temasın erken doğan bebeklerin psikolojik ve bedensel gelişimleri için çok önemlidir. Erken doğan bebeklerde tekrarlanan ten tene temas ile daha iyi bir anne ve bebek bağlanmasının gerçekleştiği, annede bebekle birlikte vakit geçirme memnuniyetinin arttığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte daha iyi emzirmenin mümkün olduğu, geç prematüre bebeklerde kalp ve solunum sisteminin daha iyi çalıştığı ve vücut sıcaklığının daha iyi korunduğu görülmüştür (Reija L., 2009). Ayrıca prematüre bebeklerde yapılan çalışmalarda ten tene temasın bebekte ağrı kesici etkisi olduğu tespit edilmiştir (Leite AM vd., 2009). Doğumdan hemen sonra ten tene teması anne bebek ilişkisini ve aynı zamanda kadının doğum deneyimini olumlu yönde etkileyebilir.

2.1.20. Doğum Desteği ve Doğumda Ebe Desteği

Doğum ortamı, tüm kadınlar için güvenli ve tatmin edici doğum deneyimlerine katkıda bulunarak travmayı ve doğum fizyolojisini kolaylaştıracak, anne stresini en aza indirecek şekilde ve mevcut kanıtlara dayalı olarak dizayn edilmelidir. Doğum alanının güvenli ve sakinlik hissi verecek şekilde düzenlenmesi ile ilgili kanıtlar gün geçtikçe artmaktadır. Kadınların pozitif doğum deneyimi yaşamada pozitif dil, loş ışık ve mahremiyetin önemi vurgulanmıştır (Okumuş F., 2016).

Doğum süresince kadına ve eşine ihtiyaçları olduğunda kesintisiz şekilde destek verilmesi ve bunun sürekliliği çok önemlidir. Sürekli doğum desteği; dokunma, masaj, pozisyon verme, banyo yaptırma, sıcak veya soğuk uygulama, kadını cesaretlendirme, doğum yapan kadına duygusal destek verme, doğumun gidişatı hakkında kadını ve aileyi bilgilendirme, doğum yapan kadına ve eşine duygusal destek verme, medikal olmayan önerilerde bulunma, hastane prosedürleri gibi konularda bilgi verme, karar verme sürecinde kadını bilgilendirme ve kararlarına saygı duyma, sağlık çalışanları ile iletişimini kolaylaştırma ve bu süreçte kadının haklarını korumayı içerir. Sürekli doğum desteği verildiğinde kadınlarda travma süresinin kısaldığı, anestezi uygulama süresinin daha geç olduğu ya da kullanımının azaldığı, perinatal komplikasyon gelişme riskinin azaldığı, epizyotomi uygulamasının azalması ve buna bağlı perineal travma oranının azaldığı, oksitosin kullanımının azaldığı, sezaryen oranlarında azalma, olumlu doğum deneyimlerinde ve memnuniyette artma, doğumunda daha aktif rol oynadıkları, anneliğe daha kolay alıştıkları ve emzirme sürelerinin uzadığı gözlemlendi (Sayiner D., 2015).

Sonuç olarak ; doğumun desteklenmesinin farklı çeşitleri bulunsa da zaman zaman hepsi birbirinin içerisinde yer almaktadır ve sadece gebenin dinlenmesini, duygularını ifade etmesini, teşvik edilmesini ve kendi seçeneklerini gerçekleştirmesine olanak sağlanmasını içermektedir (Sayiner D., 2015). Doğumda ebe desteği ile kadınlar kendilerini daha rahat ve güvende hissedecekler, bu da doğumlarını olumlu olarak nitelendirmelerine neden olacaktır.

2.1.21. Ebe Yönetiminde Doğum

Gebelik, doğum ve postpartum dönemlerde ebe ve hekim tarafından verilen bakımın sonuçlarını karşılaştıran ve toplam 12,276 kadını içeren onbir çalışmanın sistematik incelemede, ebe yönetiminde verilen sağlık hizmeti ve bakımın kadın ve bebek açısından olumlu sonuçları olduğunu ortaya koymuştur (Hatem M., Sandall J., Devane D., Soltani H., Gates S., 2008).

Ebe yönetiminde yapılan doğumlarda bölgesel anestezi oranının azaldığı, epizyotomi ve müdahaleli doğum oranlarının azaldığı, emzirmeye erken başlamanın ve emzirme süresinin daha uzun sürdüğü, kadınların kontrol duygusunun arttığı gözlemlendi (Yıldırım-Rathfisch G., Güngör İ., 2009). Bu sonuçlar doğrultusunda doğumların ebe yönetiminde yapılması gerektiği önerilmektedir. Çünkü ebeler kadına verecekleri destek ve bilgilendirme ile sezaryen oranlarının azaltılmasına, doğuma hazırlık kursları ve eğitimleri ile de normal doğum oranlarını arttırmaya destek olmuşlardır (Sayiner D., Özerdoğan N., 2009). Sonuç olarak, riskli olmayan gruptaki kadınların doğumlarının ebe yönetiminde gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

3- GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, kadınların doğum deneyimlerini ve doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Kamu Hastaneler Birliği Kütahya İli Tavşanlı İlçesi Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi'nde 01.04.2016-31.08.2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi, 210 yataklı bir devlet hastanesidir. Çalışmayı yaptığımız Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ise 20 yataklıdır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ile Doğumhane aynı katta bulunmaktadır. Serviste 7, doğumhanede 5 ebe çalışmaktadır. Çalışan sayısı az olduğu için tek nöbet tutmaktadırlar. Doğumhanede 3 travay odası ve 2 doğum salonu bulunmaktadır. Vaginal doğum eylemi başlayan gebeler önce doğumhaneye kabul edilmekte ve doğum süreçleri bu odalarda izlenmektedir. Doğumu yakın olan gebeler travaylarda bekletilmekte ve kontrolleri yapılmaktadır. Kadınların oral alımı yasaktır. Her kadına, rutin oksitosin uygulaması yapılmaktadır. Bazı olgularda propess uygulaması da yapılmaktadır. Uygulanmayanlar ise genelde multipar ve dilatasyonları tam olan kadınlar olmaktadır. Doğum sırasında inkontinans ve enfeksiyon riski düşünüldüğünden rutin lavman uygulaması yapılmaktadır. Primipar kadınlarda rutin epizyotomi uygulaması yapılmakta, multiparlarda ise gerek olmadıkça uygulanmamaktadır (makrozomi hariç). Doğumhaneye kadınlar tek olarak alınmakta, yakınları ise doğumhanenin dışında bekleme odalarında beklemektedirler. Müdahaleli doğum olmadığı sürece vaginal doğumları ebeler yaptırmaktadır. Vaginal doğum sonrasında kadınlar gözlem odalarında 4 saat izlenmekte ve komplikasyon yoksa servise geçişleri sağlanmaktadır. Gözlem odalarında kanama kontrolü ve vital bulguların kontrolleri yapılmakta ve annelerin bebeklerini emzirmeleri teşvik edilmektedir. Normal doğum sonunda komplikasyon gelişmediği sürece 24 saat, sezaryen sonrası ise 48 saat içinde taburcu olmaktadır. Hastanede 2 Kadın Doğum doktoru bulunmaktadır. Doktorlar, sezaryeni herhangi bir komplikasyon durumunda ya da eski sezaryen olgularında yapmaktadırlar yani bu hastanede kadınların kendi isteği ile sezaryen yapılmamaktadır. Hastane anne bebek dostu hastane olmadığı için bu hastanede kanıta dayalı uygulamalar yok. Hastanede 2015 yılında; 375 normal, 388 sezaryen, 5 vakum ve 2 ölü doğum olmak üzere toplam 770 doğum gerçekleşmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesinde 2015 yılında doğum yapmış 770 kadın oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemini 01.04.2016-31.08.2016 tarihleri arasında Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi'nde doğum yapmış 386 kadın oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü;

Evren büyüklüğü biliniyorsa; $n = \frac{Nt^2 pq}{(d^2 (N-1) + t^2 pq)}$ formülü kullanılarak hesaplanılır (Özdamar, K. (2003).

N: Evren büyüklüğü (2015 yılı toplam doğum 770)

n: Örneklem büyüklüğü

p: İlgilenilen olayın görülme olasılığı (0.50)

q: 1-p (veya ilgilenilen olayın görülmemeye olasılığı) (0.50)

d: kabul edilen \pm örnekleme hata oranı (0.5)

$n = 770 \cdot (1,96^2) \cdot (0,50) \cdot (0,50) / (0,5^2) \cdot (770-1) + (1,96^2) \cdot (0,50) \cdot (0,50)$

n = 382

Çalışma veri kaybı oluşma ihtimaline karşı çalışma **386** kadın ile tamamlandı.

Örnekleme;

- 15-49 yaş arasında olan,
- primipar ya da multipar olan,
- vaginal veya sezaryen ile doğum yapan,
- araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm lohusalar alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada ele alınan değişkenlere ait verilerin toplanması, çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket form ile yapıldı (Bkz. EK-1, EK-2) Anket hazırlanan 21 soruluk sosyo demografik form ve 30 soruluk Doğum Memnuniyet Ölçeği(DMÖ) olacak şekilde 2 bölümden oluşmaktadır.

3.4.1. Anket Formu

Bu formda yaş, öğrenim durumu, çalışma ve gelir durumu gibi değişkenler sorgulanarak sosyo-demografik özelliklerini belirlenmiş, gebelik sayısı, daha önceki gebeliği, gebeliğin planlı olup olmadığı, doğum öncesi eğitim alma durumu, kimden aldığı ve eğitim konuları, doğumun şekli ve doğumu kimin yaptırdığı, uygulanan müdahaleler gibi sorular ile de obstetrik özellikleri saptanmıştır.

3.4.2. Doğum Memnuniyet Ölçeği(DMÖ)

Ülkemizde adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşar, F. ve arkadaşları(2015) tarafından yapılan ölçek, Hollins Martin ve Fleming tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlanması için Fatma Coşar Çetin'den mail yoluyla izin alınmıştır. DMÖ, 30 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. On iki madde ters puanlıdır. Ölçekten alınabilecek puan 30-150 puan arasında değişmektedir. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir (4, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 29. Maddeler). Madde puanlarının ters çevrilmesinde "1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum" yerine "5-Katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılıyorum ve 1-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlanır. Ölçekten alınan puan arttıkça doğumdan memnuniyet artmaktadır. Ölçekte üç ana tema belirlenmiştir: Bakım kalitesi (ev değerlendirmesi, doğum ortamı, yeterli destek ve sağlık personeli ile iletişim); kadınların kişisel özellikleri (doğumla baş etme yeteneği, kontrol duygusu, doğum için hazırlanma, bebekle iletişim); doğum sürecinde deneyimlenmiş stres (doğum sürecinde sıkıntı yaşama, doğumda yaralanma, yeterli tıbbi bakım almış olma algısı, tıbbi müdahaleler, ağrı deneyimi, uzamış doğum ve bebeğin sağlığı) (Coşar, 2012) şeklindedir.

DMÖ iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,62'dir. Çalışmamız için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,217 bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Çalışmamızın verileri 01.04.2016-31.08.2016 tarihleri arasında toplandı. Veri toplamadan önce kadınlara çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirme yapıldı ve sonrasında sözlü ve yazılı onamları alındı (Bkz. EK-3). Verileri, araştırmacı her gün hastaneye giderek doldurdu. Anketler kadın doğum servisinde yatan lohusalarla yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket yoluyla elde edilen verilerin elektronik ortama aktarımı ve verilerin analizi IBM SPSS 21 paket programı ile gerçekleştirildi. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile araştırıldı. Elde edilen veriler normal dağılıma uymadığı için, iki grup karşılaştırılması sırasında, veriler normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U Testi ikiden fazla grup karşılaştırılması Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Nitel değişkenler ise frekans ve yüzde olarak gösterildi. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izni ve Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden izin alınmıştır. (Protokol No : 80558721/G Tarih: 28 Nisan 2016). Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı onam alındı (Bkz. EK-4).

Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği ve Kütahya İli Tavşanlı İlçesi Doç.Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi yönetiminden gerekli olan izinler yazılı olarak alındı (Bkz. EK-5).

4- BULGULAR

Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi'nde 01 Nisan- 31 Ağustos 2016 tarihleri arasında doğum yapan 386 kadının, doğum deneyimleri ve doğum sonu memnuniyetleri ile ilgili bilgi ve düşüncelerini belirlemeyi amaçlayan çalışmamızın bulguları bu bölümde ele alındı.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-demografik Bilgilerinin Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	n	%	
Yaş grubu (yıl)	≤25	144	37,3
	26-34	192	49,7
	≥35	50	13,0
Evlilik Süresi	≤4	163	42,0
	5-9	138	35,8
	≥10	85	22,0
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	72	18,7
	Lise	246	63,7
	Yüksekokul ve üzeri	68	17,6
Çalışma durumu	Çalışmıyor	336	87,0
	Çalışıyor	50	13,0
Sosyal güvence	SGK	225	58,3
	Emekli Sandığı	62	16,1
	Bağ-kur	57	14,8
	Özel	42	10,9
Gelir düzeyi	İyi	83	21,5
	Orta	247	64,0
	Kötü	56	14,5
Toplam	386	100,0	

Tablo 1'de gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verildi. Buna göre kadınların yaşları 18-44 arasında değişmekte olup, ortalama(SD) 27,8 ± 5,33 yıldır. 26-34 yaş grubunda olanların oranı %49,7'dir. Çalışma grubunu oluşturan kadınların tamamı evliydi. Evlilik sürelerine göre dağılımlar incelendiğinde; 0-4 yıl süre ile evli olanların oranı %42'dir. Çalışma grubunu oluşturan kadınların %63,7'si lise mezunuydu. Kadınların %87'si gelir getirici bir işte aktif olarak çalışmıyordu. Kadınların hepsinin sosyal güvencesi vardı. Gelir durumu orta olanların oranı %64 idi.

Tablo 2. Kadınların Doğumla İlgili Bilgilerinin Dağılımı

	n	%	
Doğum öncesi takibi yapan	Doktor	47	12,20
	Ebe	335	86,80
	Hemşire	1	,30
	Diğer	3	,80
Doğum öncesi kontrollerin yapıldığı yer	Özel Hastane	43	11,10
	Devlet Hastanesi	45	11,70
	Eğitim Araştırma Hastanesi	9	2,30
	Aile Sağlığı Merkezi	289	74,90
Önceki gebeliğin sonlanma şekli	İlk gebeliğim	117	30,30
	Normal Doğum	126	32,60
	Sezaryen	132	34,20
	Ölü Doğum	1	,30
	Düşük	10	2,60
Şimdiki gebeliği	Vaginal	175	45,33
	Sezaryen	209	54,17
	Vakum	2	,50
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	126	32,50
	1	184	47,80
	2	57	14,80
	3 ve daha fazla	19	4,90
Gebe kalma durumu(planlı mı)	Evet	232	60,10
	Hayır	154	39,90
Doğum öncesi kontrole gitme durumu	Evet	386	100,00
Doğum Öncesi Kontrol Sayısı	1	1	,30
	2	9	2,30
	3	110	28,50
	4	235	60,90
	5	31	8,00
Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu	Evet	384	99,50
	Hayır	2	,50
Doğum Öncesi Eğitimi Veren Kişi	Ebe	374	96,90
	Hemşire	7	1,80
	Doktor	5	1,30
Eğitim konuları	Emzirme	120	31,10
	Bebek Bakımı	114	29,50
	Aile Planlaması	150	38,90
	Diğer	2	,50

Doğumu yaptıran kişi	Doktor	211	54,60
	Ebe	175	45,30
Doğuma yardımcı olacak doktor/ebeyi seçme durumu	Evet	117	30,30
	Hayır	269	69,70
Doğum şeklini seçme durumu	Evet	22	5,70
	Hayır	364	94,30
Doğum şeklinden memnun kalma durumu	Evet	228	59,10
	Hayır	158	40,90
Toplam		386	100,00

Tablo 2’de kadınların doğumları ile ilgili bilgilere yer verildi. Buna göre lohusaların hepsi doğum öncesi takip yaptırmıştı. Kadınların %86,8’nin takibini ebe yapmıştı. Doğum öncesi bu kontrollerin %74,9’unun aile sağlığı merkezinde yapılmıştı. Kadınların %30,3’ü primipardı. Yaşayan çocuk sayısının dağılımı incelendiğinde; 1 çocuğu olanların oranı %49,0’dı. Kadınların %60,1’inin gebeliği planlıydı. Kadınların %99,5’i doğum öncesi eğitim almıştı. Eğitim alanların %96,9’u ebeden almıştı. Eğitim aldıkları konular; emzirme, aile planması ve bebek bakımıydı. Kadınların %54,6’sının doğumunu doktor, %45,3’ünün doğumunu ise ebe yaptırmıştı. Kadınların %69,7’si doğuma yardımcı olacak doktor/ebeyi seçmemişti. Kadınların %94,3’ü doğum şeklini seçmemişti. Çalışmamıza katılan kadınların %59,1’i doğum şeklinden memnun kalmıştı.

Tablo 3. Kadınlara Son Doğumlarında Uygulanan Müdahalelerin Dağılımı

		n	%
Epizyotomi (Vaginal ve Vakum ile Doğumda)	Var	140	79,09
	Yok	37	20,91
İndüksiyon (Vaginal/Sezaryen/Vakum)	Var	358	92,80
	Yok	28	7,20

Tablo 3’te doğumda kadınlara son doğumlarında uygulanan müdahaleler verilmiştir. Çalışmamıza katılan vaginal yolla ve vakum ile doğum yapan kadınların %79,09’una epizyotomi uygulandı. Tüm doğumların %92,8’ine indüksiyon uygulandı.

Tablo 4. Kadınların Doğum Memnuniyet Ölçeğindeki Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğumumla iyi baş edebildim.	256	66,3	15	3,9	8	2,1	31	8,0	76	19,7
Personel istediğim doğum şekli konusunda beni cesaretlendirdi	162	42,0	10	2,6	0	0,0	36	9,3	178	46,1
Doğumum için iyi hazırlandım	270	69,9	12	3,1	0	0,0	12	3,1	92	23,8
Benim için doğum stresli bir deneyimdi.	355	92,0	18	4,7	2	,5	2	,5	9	2,3
Doğumum çok kolay oldu.	325	84,2	4	1,0	2	,5	4	1,0	51	13,2
Sağlıklı normal bir doğum yaptım.	80	20,7	7	1,8	15	3,9	32	8,3	252	65,3
Doğum süresince etkin bir tıbbi bakım aldım	19	4,9	8	2,1	2	,5	30	7,8	327	84,7
Doğumumda birçok tıbbi müdahale uygulandı	296	76,7	27	7,0	5	1,3	3	,8	55	14,2
Doğumum çabuk ve hızlı oldu	298	77,2	2	,5	4	1,0	4	1,0	78	20,2
Doğum eylemim süresince partnerim bana çok destek oldu.	50	13,0	8	2,1	3	,8	42	10,9	283	73,3
bebeğimi kucağıma almam konusunda cesaretlendirildim.	16	4,1	1	,3	1	,3	30	7,8	338	87,6
Doğumum planladığımdan çok farklı oldu.	213	55,2	12	3,1	6	1,6	0	0,0	155	40,2
Doğumumun başından sonuna kadar aynı ebe ilgilendi.	107	27,7	22	5,7	2	,5	9	2,3	246	63,7
Doğumhanenin tehlikesiz ve rahat olduğunu hisettim	340	88,1	6	1,6	6	1,6	5	1,3	29	7,5
Doğum süresince ve doğumda çok endişeliydim.	370	95,9	11	2,8	0	0,0	0	0,0	5	1,3

Doğumumu kontrol edemediğimi hissettim.	372	96,4	4	1,0	2	,5	1	,3	7	1,8
Doğum süreci hakkında önceden bilgi sahibi olmasam iyi olurdu.	257	66,6	45	11,7	9	2,3	6	1,6	69	17,9
Doğum süresince hiçbir sıkıntı yaşamadım	294	76,2	18	4,7	12	3,1	55	14,2	7	1,8
Doğumda çok hasar görmüş ve vücudumdan parça kopmuş gibi oldu.	173	44,8	9	2,3	12	3,1	4	1,0	188	48,7
Engellenebilecekken, bebeğim doğumda zarar gördü	12	3,1	4	1,0	2	,5	2	,5	366	94,8
Doğumum sırasında benimle ilgilenen personel bana yetersiz tıbbi bakım uyguladı.	10	2,6	71	18,4	6	1,6	3	,8	296	76,7
Doğal doğum yaptım	329	85,2	8	2,1	3	,8	11	2,8	35	9,1
Doğumumun çok uzun sürdüğünü düşünüyorum.	327	84,7	8	2,1	1	,3	4	1,0	46	11,9
Doğum eylemim süresince ve doğumda doğum ekibi tarafından iyi desteklendim.	14	3,6	3	,8	0	0,0	10	2,6	359	93,0
Doğumdan sonra oldukça uzun bir süre bebeğimden ayrı kaldım	29	7,5	5	1,3	0	0,0	6	1,6	346	89,6
Doğumum plandığim gibi gerçekleşti.	282	73,1	10	2,6	6	1,6	2	,5	86	22,3
Doğum eylemim süresince ekibinin benimle iletişimi güzeldi.	9	2,3	10	2,6	1	,3	10	2,6	356	92,2
Doğum odası temiz ve hijyenikti.	2	,5	4	1,0	5	1,3	19	4,9	356	92,2
Doğum yapmak inanılmaz derecede ağırlı bir olaydı.	354	91,7	29	7,5	1	,3	0	0,0	2	,5
Doğum tahmin ettiğim kadar ağırlı bir olay değilmiş	372	96,4	11	2,8	2	,5	1	,3	0	0,0

Kadınların Doğum Memnuniyet Ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4'te gösterildi. Bu çalışmada kadınların %92'si doğumun stresli bir süreç olduğunu, %95,9'u doğum süresince endişeli olduğunu, %96,4'ü doğumunu kontrol edemediğini ve %91,'si ise doğumun inanılmaz derecede ağırlı olduğunu belirtti. Kadınların %76,7'si doğumda birçok tıbbi müdahale uygulandığını, %84,7'si ise etkin bir tıbbi bakım aldığını ifade etti. Kadınların sadece %9,1'i doğal doğum yaptığını belirtti.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların Doğum Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları puanlar 39.0-130.0 arasında değişmekte olup ortancası 82 ortalaması (SD) 83.2±13.9 idi.

Tablo 5. Çalışma grubundakilerinin Doğum Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları puanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Doğum Memnuniyet Ölçeği Puanı			İstatistiksel Analiz KW/z; p
		Ortanca	25.-75. çeyreklikler	Min.-Maks.	
Yaş grubu (yıl)	≤25*	79,0	71,0-86,0	39,0-119,0	19.611; 0.000
	26-34	85,0	77,0-93,0	50,0-130,0	
	≥35	85,5	75,0-103,0	41,0-117,0	
Evlilik Süresi	≤4	82,0	74,0-90,0	39,0-109,0	4.911; 0.086
	5-9	82,0	77,0-91,0	50,0-130,0	
	≥10	83,0	75,0-101,0	41,0-129,0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	82,5	72,5-102,5	41,0-129,0	16.239; 0.000
	Lise	81,0	74,0-89,0	39,0-130,0	
	Yüksekokul ve üzeri	86,5	81,0-93,0	69,0-117,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	86,5	78,0-92,0	69,0-117,0	2.392; 0.017
	Çalışmıyor	82,0	74,0-91,0	39,0-130,0	
Gelir düzeyi	İyi	87,0	79,0-94,0	41,0-117,0	14.137; 0.001
	Orta	82,0	75,0-90,0	50,0-130,0	
	Kötü	78,5	68,5-92,5	39,0-129,0	

Çalışma grubunu oluşturanlardan 25 yaş ve altında yer alanlarda, yüksekokul mezunlarına göre lise mezunlarında, çalışmayanlarda ve özel sağlık sigortası olanlarda Doğum Memnuniyet Ölçeğinden alınan puanlar daha düşük iken, gelir durumunu iyi olarak tanımlayanların puanları daha yüksekti (her biri için p<0.05).

Tablo 6. Tablo 6. Çalışma grubundakilerinin Doğum Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları puanların doğum/gebelik ile ilgili bilgilerine göre dağılımı

Doğum/gebelik ile ilgili bilgiler		Doğum Memnuniyet Ölçeği Puanı			İstatistiksel Analiz KW/z; p
		Ortanca	25.-75. çeyreklikler	Min.-Maks.	
Doğum öncesi takibi yapan	Doktor	85,0	81,0-95,0	41,0-117,0	2,299; 0.021
	Ebe/Hemşire	82,0	74,0-91,0	39,0-130,0	
Doğum öncesi kontrollerin yapıldığı yer	2./3. Basamak Sağlık Kuruluşu	87,0	79,0-94,0	41,0-117,0	3,711; 0,000
	ASM*	81,0	74,0-90,0	39,0-117,0	
Önceki gebeliğin sonlanma şekli**	Normal Vajinal Doğum	91,0	82,0-101,0	41,0-130,0	61,684; 0,000
	Sezaryen	78,0	74,0-83,0	53,0-108,0	
	Ölü doğum /Düşük	94,0	63,0-107,0	62,0-129,0	
Şimdiki gebeliğin sonlanma şekli	Normal/Müdahaleli Vajinal doğum	90,0	83,0-98,0	41,0-130,0	9,296; 0,000
	Sezaryen	78,0	72,0-84,0	39,0-119,0	
Gebelik sayısı	İlk gebelik	82,0	73,0-88,0	39,0-104,0	9,320; 0,000
	2	83,0	77,0-91,0	41,0-117,0	
	≥3	82,0	75,0-103,0	52,0-130,0	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok*	82,0	73,0-88,0	39,0-104,0	9,664; 0,008
	1	82,0	77,0-91,0	41,0-117,0	
	≥2	82,5	77,0-103,5	52,0-130,0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	83,0	75,0-90,0	39,0-119,0	0.477; 0.634
	Hayır	81,0	75,0-95,0,	46,0-130,0	
Doğum Öncesi Kontrol Sayısı	Yetersiz	81,5	75,0-95,5	39,0-129,0	1,241; 0,214
	Yeterli	82,5	75,0-90,0	41,0-130,0	
Doğumu yaptıran kişi	Doktor	78,0	71,0-84,0	39,0-119,0	9,606; 0,000
	Ebe	90,0	83,0-98,0	46,0-130,0	
Doğuma yardımcı olacak kişiyi seçme durumu	Evet	78,0	74,0-85,0	39,0-108,0	4,626; 0,000
	Hayır	85,0	77,0-94,0	46,0-130,0	
Doğum şeklini seçme durumu	Evet	93,0	84,0-98,0	64,0-119,0	3,456; 0,001
	Hayır	82,0	75,0-91,0	39,0-130,0	

Doğum şeklinden memnun kalma durumu	Evet	89,0	81,0-96,0	57,0-130,0	10,917; 0,000
	Hayır	76,5	70,0-81,0	39,0-96,0	
Vaginal doğum yapanlarda primipar/multipar olma durumu	Primipar	78,5	73,0-85,0	53,0-117,0	0,385; 0,700
	Multipar	78,0	73,0-84,0	39,0-119,0	
Sezaryen doğum yapanlarda primipar/multipar olma durumu	Primipar	87,0	78,0-94,0	54,0-130,0	0,949; 0,342
	Multipar	89,0	80,0-95,0	41,0-129,0	
Epizyotomi (vaginal doğumda)	Var	90,0	81,0-98,0	41,0-130,0	1,319; 0,187
	Yok	92,5	85,0-100,0	62,0-129,0	
İndüksiyon	Var	82,0	75,0-91,0	39,0-130,0	0,906; 0,365
	Yok	86,0	74,5-95,0	41,0-117,0	

*ASM:Aile Sağlığı Merkezi **:İlk gebeliği olmayanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturanlardan doğum öncesi takipleri ebe tarafından yapılanların, takiplerini ASM'de yaptıranların, önceki-şimdiki gebeliği sezaryen ile sonuçlananların, ilk gebeliği olanların, yaşayan çocuğu olmayanların, doktor tarafından doğum yaptırılanların, doğuma yardımcı olan kişiyi seçebilenlerde ancak doğum şeklini seçmeyenlerde ve doğum şeklinden memnun olmadığını ifade edenlerin Doğum Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları puan daha düşüktü (her biri için $p < 0,05$). Vaginal yol ile doğum yapan kadınlarda epizyotomi yapılan ve yapılmayanlar, indüksiyon uygulanan ve uygulanmayanlar, vaginal ve sezaryen doğumda primipar ve multipar olma durumlarına göre Doğum Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark yoktu ($p > 0,05$).

5- TARTIŞMA

Çalışma grubumuzu oluşturan lohusa kadınların doğum deneyimlerini ve doğum memnuniyetlerini belirlemeye çalıştığımız bu çalışmanın bulguları bu bölümde tartışılarak yorumlandı.

Bu çalışmada kadınlara doğum deneyimleri, doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evrelerinde yapılan uygulamalarla ilgili sorular sorularak memnuniyetleri araştırıldı, sosyo demografik ve obstetrik bilgilerine göre memnuniyet düzeyleri hakkında karşılaştırma yapıldı. Aradığımız yanıtlar evlilik süresi, eğitim durumu, sosyo ekonomik durumu, mesleği, gebelik sayısı, doğum öncesi kontrollerin sıklığı, doğumun şekli, doğumun yapıldığı yer, doğumu gerçekleştiren sağlık personeli ve sağlık personelinin seçme durumu, uygulanan girişimler ve doğum sonrası konfora göre memnuniyet derecelerinin nasıl değiştiği idi.

Çalışmamızda kadınların **yaş** ortalaması **27,8 ± 5,33**'ydi. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 26-35 yaş grubunda olan kadınların oranı %52,1 bulundu (Tablo 1). Aktaş'ın yaptığı çalışmada gebelerin %33,5'inin 25-29 yaş aralığında olduğu saptandı (Aktaş, 2017). Uzel'in yaptığı bir çalışmada kadınların %42,2'sinin 25 yaş altında olduğu ve bu kadınların yaş ortalamasının 26,0 ± 3,6 olduğu saptandı (Uzel, 2016). Normal doğum ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesine ilişkin Özcan ve Arslan (2015)'nin yaptıkları çalışmada doğum yapan kadınların yaş ortalaması 26,4 bulundu (Özcan ve Arslan, 2015). Kütahya'da yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 25,4±4,1 bulundu (Durmaz ve Buğdaycı, 2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verilerinde en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaşları arasında olduğu bulundu. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre, 2015 yılı doğum istatistiklerinde en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda görüldü. TÜİK 2016 verilerine göre ise Kütahya ili Tavşanlı ilçesi 25-34 yaş grubu kadınların oranı %13,07'ydi.

Çalışmamızda doğum yapan kadınların **evlilik süresi** ortalaması **6.36± 4,85**'di. Evliliği ilk 5 yılında olanlar tüm grubun %51'iydi (Tablo 1). Akkaş'ın gebelerle yaptığı bir çalışmada 0-5 yıl süre ile evli olanların oranı %60,5 idi (Akkaş, 2014). Çalışma grubumuzdaki kadınlar ülkemizin kültürel özelliklerine benzer şekilde evliliklerinin ilk yıllarında doğumlarını gerçekleştirdiler.

Çalışmamızda kadınların %63,7'si lise mezunuydu (Tablo 1). Uzel'in yaptığı çalışmada kadınların %8,9'unun okuryazar, %32,2'sinin ilkokul, %29,2'sinin ortaokul, %24,6'sının lise ve %5,2'sinin üniversite mezunu olduğu saptandı (Uzel, 2016). Manisa'da yapılan bir çalışmada kadınların

%18,6'sının lise ve üzerinde eğitim aldığı saptandı (Yanikkerem ve ark., 2013). TNSA 2013 verilerine göre; kadınların en yüksek **öğrenim düzeyinin** %34,6 oranı ile ilkokul olduğu görüldü. TÜİK 2015 verilerine göre ise lise ve dengi okul mezunu olan kadınlarda %15 idi. Çalışmamızda lise ve dengi okul mezunu olan kadın sayısı daha fazlaydı. Çalışma bulgumuz bu sonuca benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızdaki kadınların %87'si ev hanımıydı (Tablo 1). Çalışma sonuçlarına benzer olarak Uzel'in yaptığı çalışmada kadınların %82,8'i ev hanımı, Duran ve Atan'ın çalışmasında %71'i ev hanımı, Yanikkerem ve ark.'larının yaptığı çalışmada %83,6'sı ev hanımı, Aktaş'ın yaptığı çalışmada ise kadınların %76,1'i, Gözükara ve Eroğlu'nun çalışmasında ise kadınların %86,3'ünün ev hanımı olduğu saptandı. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ocak 2016 verilerinde, kadınların **istihdam oranının** %27 olduğu bulundu ve çalışmamızdaki oran Türkiye geneline benzerlik göstermediği saptandı (TÜİK, 2016).

Çalışmamızdaki kadınların gelir durumuna bakıldığında %64'ünün **gelir durumunun** orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 1). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların %45,5'inin gelirinin giderinden yüksek olduğu, %49'unun gelir gidere eşit, %45,8'inin gelirinin giderinden az olduğu saptandı (Yanikkerem ve ark., 2010). Özcan ve Aslan'ın yaptığı bir çalışmada kadınların %85,4'ünün ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu saptandı (Özcan ve Aslan, 2015). Çalışma bulgumuz bu sonuçlara benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların hepsi **doğum öncesi kontrole** gitti. Kadınların %60,9'u kontrole 4 defa gitti. TNSA 2013' e göre kadınların %97'si sağlık personelinin **doğum öncesi bakım** aldı. Kadınların %74,9' unun **doğum öncesi kontrolü** aile sağlığı merkezlerinde yapıldı. Kadınların %86,8'inin doğum öncesi takibini ebe yaptı (Tablo 2). Başka bir çalışmada kadınların %53,9'unun doğum öncesi kontrollerinin doğum evinde, %26,3'ünün özel hastane ve muayenehanede, %11,2'sinin eğitim araştırma hastanesinde ve %8,6'sının aile sağlığı merkezinde yapıldığı bulundu (Akkaş, 2014). Çalışma bulgumuz bu sonuçlara benzerlik göstermemektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %30,3'ü **primipar**, %69,7'si **multipardi**. Multiparların, %32,6'sı daha önceki gebeliğini normal doğum, %34,2'si ise sezaryen ile gerçekleştirdi. Ancak şu anda kadınların %54,14'ü sezaryen, %45,3'ü normal, %0,5'i ise vakumla doğum yaptı (Tablo 2). TÜİK 2015 verilerine göre Tavşanlı'daki canlı doğum sayısı 1331 idi. Şaşmaz'ın yaptığı çalışmada kadınların %41'inin primipar, %59'unun multipar olduğu saptandı (Şaşmaz, 2015). Başka bir çalışmada kadınların %66,3'ünün multigravida olduğu bulundu (Uçar, 2015). Uzel'in yaptığı çalışmada

kadınların %50,8'inin primipar, %49,2'sinin multipar olduğu bulundu (Uzel, 2016). Çalışma bulgumuz diğer çalışmaların bulgularına benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde hastanelerde gerçekleşen doğumların SGK'da geri ödeme sorunu nedeniyle ebelerin yaptığı doğumlar kayıtlarda hekim yaptırmış gibi gözlenmektedir. Bu durum doğumların hangi oranda ebeler tarafından yaptırıldığını net olarak ortaya koyamamaktadır. Ancak bizim çalışmamızda doğumlardan sadece 2 tanesi vakum ekstrasyonu sebebi ile hekim tarafından gerçekleştirildi, vaginal doğumların tamamını ise ebeler yaptırdı. Çalışmamızda kadınların %45,33'ü vaginal, %54,17'si sezaryen, %0,5'i vakum ile **doğum** yaptı. Yapça ve ark.'larının yaptığı 3184 kadını içeren bir çalışmada kadınların %73,3'ü normal, %26,7'si sezaryen ile doğum yaptı (Yapça ve ark., 2015). Aktaş'ın çalışmasında kadınların %37,9'unun sezaryen ile doğum yaptığı saptandı (Aktaş, 2017). Avcı ve Pala'nın yaptığı çalışmada özel hastanelerde kadınların %85,7'sinin sezaryen doğum yaptığı saptandı (Avcı ve Pala, 2005). Karabulutlu'nun yaptığı bir çalışmada kadınların %21,2'sinin sezaryen doğumu %78,8'inin ise vaginal doğumu tercih ettikleri saptandı (Karabulutlu, 2012). Çelik ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada kadınların %66'sı vajnal doğum yaptığı saptandı (Çelik SA., Türkoğlu N., Pasinlioğlu T., 2014).

Günümüzde **gebeliğini planlayan** kadınların oranı artmaktadır. Bizim çalışmamızda kadınların %60,1'i gebeliği planlıydı (Tablo 2). Yanikkerem ve ark.'larının yaptığı çalışmadan kadınların %77,1'inin gebeliğinin planlı olduğu saptandı (Yanikkerem ve ark., 2013). Başka bir çalışmada kadınların %84,6'sının son gebeliğinin planlı olduğu bulundu (Uzel, 2016). Diğer bir çalışmada ise kadınların %71,4'ünün son gebeliğinin planlı olduğu saptandı (Çapık A., Sakar T., Yıldırım T., Karabacak K., Korkut M., 2016). Uçar'ın yaptığı çalışmada %83,7'nin planlı olduğu saptandı (Uçar, 2015). Akkaş'ın yaptığı çalışmada ise kadınların %73,7'sinin gebeliğinin planlı olduğu saptandı (Akkaş, 2014). Çalışma bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %99,5'i **doğum öncesi eğitim** aldı (Tablo 2). Çatak ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada kadınların %98,1'inin doğum öncesi eğitim aldığı saptandı (Çatak ve ark., 2014). Uçar'ın doğum öncesi ev ziyareti hizmeti verilen gebelerin memnuniyet düzeylerini ölçmek için yaptığı bir çalışmada kadınların %89,7'sinin doğum öncesi eğitim aldığı saptandı (Uçar, 2015). Akkaş'ın çalışmasında kadınların %93,4'ünün doğum öncesi bakım ve eğitim aldığı saptandı (Akkaş, 2014). Çalışma bulgumuz diğer çalışmaların bulgularına benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %96,9'u **doğum öncesi eğitimi** ebeden aldı (Tablo 2). Eğitimlerin içeriği aile planlaması, emzirme ve bebek bakımı ile ilgiliydi. Eğitimlerde doğuma hazırlık ve doğum korkusu konuları yer almamıştı. Kaplan ve ark.'larının yaptığı çalışmada kadınların %70,7'si eğitimi doktordan, %20'si ebe/hemşireden, %9,3'ü ebe/hemşire/doktordan aldığı saptandı (Kaplan S., Bahar A., Sertbaş G., 2007). Doğum öncesi eğitim alınan kişi açısından Kaplan ve ark.'larının çalışması ile bizim çalışmamızın bulguları benzerlik göstermemektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %30,3'ü **doğuma yardımcı olacak doktor/ebeyi** seçtiklerini, %69,7'si ise seçemediğini belirtti (Tablo 2). Literatürde doğuma yardımcı olacak doktor/ebeyi seçme durumunu inceleyen çalışma yoktur.

Çalışma grubumuzu oluşturan vaginal yolla ve vakum ile doğum yapan kadınların %79,09'una **epizyotomi** uygulanırken, %20,91'ine uygulanmadı (Tablo 3). Uzel'in çalışmasında kadınların %87,4'üne epizyotomi uygulanmış fakat %95,1'i epizyotomi yapılmasını istemediği saptandı (Uzel, 2016). Yapılan çalışmalarda epizyotomi uygulanmayan doğumlarda daha az kan kaybı, daha az enfeksiyon olasılığı ve daha az ağrı olduğu saptandı (Eason ve ark. 2000; İnanç ve Üstünöz 2003). Bununla birlikte rutin epizyotomi ile sınırlı epizyotomi uygulaması ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası yedi günde sınırlı epizyotomi uygulanan kadınlarda daha az perineal travma gözlemlendiği saptandı (Hofmery 2005; Berghella ve ark. 2008). Özcan ve Aslan'ın çalışmasında kadınlara lavman, oksitosin indüksiyonu ve epizyotomi uygulamasının %90 civarında yapıldığı ve bu rutin uygulamaların kadınların memnuniyetini etkilediği bildirildi (Aslan ve Özcan 2015). Gül'ün yaptığı çalışmada spontan vajinal doğum yapan olguların % 91,2'sinde epizyotomi uygulanmış, %8,8'i epizyosuz doğum yaptı (Gül, 2008).

Çalışma grubumuzu oluşturan tüm doğumların %92,8'ine **indüksiyon** uygulanırken, %7,2'sine uygulanmadı (Tablo 3). Uzel'in çalışmasında kadınların %37,8'ine indüksiyonu uygulanmış, ancak kadınların %95'i indüksiyon uygulamasını istemediklerini belirtmişti (Uzel, 2016).Gül'ün çalışmasında olguların % 34,1'inde doğum indüksiyonu uygulandı. Mussi ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada kadınların %32,3'üne indüksiyon uygulandı (Mussi ve ark., 2016). İngiltere'de doğumdan sonra ilk 48 saatte yapılan değerlendirmede, doğum eylemi sırasında eksojen oksitosin alan kadınların %43,3 'ünün (20 933) emzirmede ve emzirmeyen bu kadınların %37,4'ünün (7437) primipar olduğu belirlendi. Doğum eylemi sırasında oksitosin indüksiyon almak annelerin emzirme durumunu anlamlı düzeyde azalttığı saptandı (Jordan vd., 2009). DSÖ sadece uzun süreli, yetersiz kasılmaların olduğu doğumlarda oksitosin uygulamasını önermektedir (WHO 2015). Ezeanochie ve ark. (2013) doğumda kadınların deneyimleri ve

memnuniyetlerini araştırmak için Nijerya'da yaptığı çalışmada kadınların %71,4'ü doğumda oksitosin indüksiyonu uygulamasından memnun olduğunu, %28,6'sı ise memnun olmadığını belirtti.

Çalışmamıza katılan kadınların **yaş gruplarına göre** memnuniyetlerine bakıldığında 25 yaş altındaki kadınların memnuniyet düzeyleri diğer yaş gruplarına göre düşük bulundu ($p < 0,05$) (Tablo5). st ve Pasinlioğlu'nun yaptığı bir çalışmada farklı yaş gruplarındaki kadınların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı (st ve Pasinlioğlu, 2015). Gözükara ve Eroğlu'nun yaptığı bir çalışmada farklılığın 31-36 yaş grubundan kaynaklandığı, bu yaş grubundaki kadınların daha fazla sezaryenle doğum gerçekleştirdikleri belirlenmiştir, bunun da doğumda memnuniyeti etkilediği söylenebilir (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Bizim alışmamızda bu çalışmalardan farklı olarak 25 yaş altındaki kadınların memnuniyetinin düşük olmasının nedeni; ilk doğumları olması, deneyimsiz oldukları için doğum korkusunu daha fazla yaşamaları, sezaryen olma durumları diğer yaş grupları ile benzer olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların **ğrenim durumlarına** göre doğum memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, yüksekokul mezunlarının doğumdan memnuniyet puanları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 5). ğrenim durumunun kişilerin içinde bulunduğu sosyal ortamın oluşmasında etkili olduğu ve öğrenim düzeyi farklılığının bilgi düzeylerini etkileyebileceği dşnlmktedir. Yüksek eğitim düzeyine bağlı kadınların sorunlarla baş etme stratejilerinin daha iyi olması da bununla bağdaştırılabilir (Altuğ S., 1988; obanlar Akkaş S., 2014). Pınar ve ark.'larının çalışmasında, annelerin %7'si yüksekokul mezunudur, annelerin eğitim düzeyi arttıka beklentilerinin artacağı ve beklentilerine cevap aldığı oranda memnuniyeti ve konforunun yükseleceği saptanmış, ancak çalışmada annelerin öğrenim düzeyi arttıka ebe/ hemsirelerden beklentilerinin azaldığı saptandı (Pınar & Pınar, 2009). Kadınların gebelik yaşı ilerledikçe yaşam deneyimlerinin ve eğitim seviyelerinin artması ve böylece planlı gebeliklerin artması, kadınların doğum deneyimini daha olumlu değerlendirmelerine neden olabilmektedir (Timur ve şahin, 2010). Bizim alışmamızda bu sonuca ulaşmamızın sebebi, yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların baş etme mekanizmalarının daha iyi olması, doğumla ilgili kitap, dergi gibi kaynaklara ulaşımlarının daha kolay olması, bu sebepten de memnuniyetlerinin artması düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınların hepsinin **sosyal güvencesi** vardır. Çalışmaya katılan **gelir durumunu** iyi olarak belirten kadınların memnuniyeti, orta ve kötü olarak belirtenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 5). Çalışma sonucumuz Coşar ve Demirci'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada gelir durumu iyi olan kadınların doğum öncesi aldığı eğitim, eğitimi aldığı yer, doğum

öncesi kurslara katılma durumu, doğum öncesi kitap ve dergi temininin daha kolay ve ulaşılabilir olduğu düşünülmektedir. Eğitim seviyelerinin de çok düşük olmamasından kaynaklı doğum öncesi eğitim alma durumu ve doğum hakkında kitap vb. basılı yayın takip etme ve ulaşılabilir olma durumunun yüksek olması ile de bağlantılı olabilir (Coşar F., Demirci N., 2012). Bizim çalışmamızda, Coşar ve Demirci'nin çalışmasına benzer olarak gelir durumu ile bağlantılı olarak hizmetlere ulaşım imkanları daha fazla olduğu için memnuniyetleri yüksek olabilir.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların **doğum öncesi kontrolleri** aile sağlığı merkezinde yaptıranların memnuniyet düzeyi, özel hastanede ve devlet hastanesinde yapılan kadınların memnuniyet düzeyinden düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6). Ülkemizdeki kadınlar antenatal hizmet almak için hekimi tercih etmektedir. TNSA 2013 verilerine göre; kadınların %94,5'i doğum öncesi bakım için hekimlere başvurmaktadır. Çalışmamızda kadınların büyük bir çoğunluğu sağlık kontrolleri için aile sağlığı merkezine gitmelerine rağmen, devlet hastanelerine gidenlerin memnuniyeti daha fazlaydı. Kadınların aile sağlığı merkezindeki antenatal hizmetleri yetersiz bulmaları, ASM'lere rutin izlem, ücretsiz aşı, demir ve folik asit takviyesi için gittikleri ve ultrasonografi ile takip edilmek istedikleri için hastanelerden hizmet alma oranları daha yüksektir diyebiliriz. ASM'lerde takip olan gebeler rutin izlem, ücretsiz aşı, demir ve folik asit takviyesi için ASM'YE başvurmaktadırlar. Varışoğlu'nun çalışmasında kadınların doğum öncesi bakım almak için %33,1'inin devlet hastanelerine, %63,1'inin özel hastaneye, %3,8'inin üniversite hastanesine gittiği saptandı (Varışoğlu, 2009). Varışoğlu'nun çalışmasında kadınların çoğu doğum öncesi kontroller için hastanelere başvurmuşlar ve memnuniyetleri daha yüksek bulundu. Doğum öncesi kontroller için tercih ettikleri sağlık kuruluşu açısından bizim çalışmamızla benzerlik göstermese de, memnuniyet açısından benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların **doğum şekline** göre doğumdan memnuniyet puanlarına bakıldığında, vaginal doğum yapan kadınların memnuniyet puanı diğer gruplardan fazla bulundu ($p<0,05$)(Tablo 6). **Doğumu yaptıran kişiye** göre doğumdan memnuniyet puanlarına bakıldığında, doğumunu doktor yaptıran kadınların memnuniyeti düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6). Çapık ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, annelerin yaptıkları doğum şeklinden memnuniyet durumlarına bakıldığında; vajinal doğum yapanların %87,5'i doğum şeklinden memnunken, sezaryen doğum yapanların %57,1'i memnun değildi. Yine aynı çalışmada annelere tekrar doğum yapma şansları olsa hangi yolla doğum yapmak istedikleri sorulduğunda, vajinal doğum yapanların %79.7'si yine vajinal doğum yapmak istediklerini belirtmiş, sezaryen doğum yapanların ise %41.2'si vajinal doğum yapmak istediklerini belirtmiş, sadece %28.6'sı sezaryen olmak istediğini ifade etmişti (Çapık ve ark., 2016). Diğer bir çalışmada

kadınların vajinal doğum tercihi, önceki doğum şekli vajinal olanlarda %63, sezaryen olanlarda %18 olarak saptanmıştır (Sayiner F., Özerdoğan N., Giray S., Özdemir E., Savcı E., 2009). Karabulutlu (2012) ise çalışmasında önceki doğum şekli vajinal olanların %96,4'ünün vajinal doğumu istediğini, önceki doğum şekli sezaryen olanların %3,6'sının vajinal doğumu tercih ettiklerini saptandı. İrlanda'da yapılan başka bir çalışmada ise normal doğum yapan 310 kadının (%89,3) doğum şeklinden memnun ve çok mutlu olduklarını ifade ettikleri gözlemlendi. Sezaryen doğum yapan 75 kadının, 453'ü (%70,7) doğum şeklinden memnun ve çok mutlu olduklarını, 12 kadın ise (%16) çok mutsuz olduklarını ifade ettikleri saptandı (Larkin vd., 2017). Uzel'in çalışmasında kadınların %95,7'si bir sonraki doğumunu normal doğum ile yapmak istediğini, %98,2'si çevresindeki kadınlara normal doğumu önereceğini belirtti (Uzel, 2016). Aslam ve ark.'larının İngiltere'de yaptığı bir çalışmada kadınların %76'sının normal doğumdan memnun olduğu ve diğer kadınlara da önerdiği saptandı (Aslam MF., Gilmour K., Fawdry RDS., 2003). Duman ve ark.'ları normal doğumda komplikasyonların daha az olması, doğal olması, bebeğini hemen emzirebildiği ve güvenilir olduğu için normal doğumu seçtikleri bildirildi (Duman ve ark., 2007). Manisa'da yapılan bir çalışmada, yaklaşık üç kadından biri sezaryen ile doğum yapma şansı olduğunda yapmalıdır düşüncesinde iken, sezaryen doğum yapan kadınların yarısına yakını sezaryen ile doğumun normal doğuma göre daha güvenli olduğunu belirtti (Yanikkerem ve ark., 2010). Kadınların doğumunu yaptıran ve doğum şekli açısından memnuniyetlerine bakıldığında, kadınların ebelerden ve vaginal doğumdan memnun olmasının sebebi, çalışmamızın yapıldığı hastanede normal doğumları ebelerin yaptırmış olması düşünülebilir.

Kadınların **doğuma yardımcı olacak doktor/ebeyi seçebilme durumuna** göre doğumdan memnuniyet ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermekte olup, seçemeyenlerin ortalaması seçebilenlerden anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$) (Tablo 6). Çalışmanın yapıldığı kurum anne dostu hastane olmadığı için doğum için başvuran kadınlar, kendisine doğumda yardımcı olacak doktor/ebeyi seçememektedir. Tercih edilen personel ile tesadüfen doğumunu gerçekleştiren gebeler ise yüksek beklentiyle doğumhaneye girdikleri için memnuniyet düzeyleri de olumsuz olarak etkilenmiş olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan **doğumunu vaginal yolla gerçekleştiren kadınların primipar ve multipar olma durumuna** göre doğumdan memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında, son doğumu vaginal doğum olan multipar kadınların doğumdan memnuniyetleri ile primipar olanların arasında fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 6). Üst ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında, vaginal doğum planlayan ve vaginal doğum yapan primipar ve multiparlarda doğum korkusu, kaygısı ve endişesi eşit seviyelerde olduğu saptandı. Primipar gebeler deneyimsiz oldukları için doğum anında ve

doğumdan sonra karşılaşılabilecekleri olayları tahmin edememekte, bu nedenle gebelerin endişesinin artması doğum sonu memnuniyeti etkileyebilmektedir (Üst ve Pasinlioğlu, 2015). Bizim çalışmamızda da Üst ve Pasinlioğlu'nun çalışmasındaki gibi primipar ve multiparların vaginal doğumdaki doğum korkusu, endişesi ve kaygısı eşit seviyede olabilir. Multipar kadınların daha önceki vaginal doğumlarında yaşadığı olumsuz doğum deneyimleri, son doğumlarındaki memnuniyetlerini de olumsuz etkilemiş olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan **doğumunu sezaryen ile gerçekleştirilen kadınların primipar ve multipar olma durumuna göre** doğumda memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında, multipar kadınların doğumdan memnuniyetleri ile primipar olanların arasında fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 6). Karabulutlu'nun çalışmasında araştırmaya katılan kadınlardan, vaginal doğumu tercih eden grubun %56,6'sı 20-29 yaş grubu ve sezaryen doğumu, tercih edenlerin ise %41,5'inin 30-39 yaş grubu kadınlar oluşturmaktaydı ve sezaryen doğumu tercih eden grubun %57,5'inin evlilik süresi 11 yıl ve üzeriydi. Bu bulgulara göre kadınlarda artan yaş ve evlilik süresi ve bununla ilişkili olarak artan doğum sayısının tercihleri etkilediği ve bunun da memnuniyeti etkilediği söylenebilir. Multipar kadınların primipar kadınlara göre memnuniyetinin fazla olmasının nedeni; daha önceden doğum yapmış olmaları, daha önceden sezaryen olmuş olan bu grubun travayın olumsuz ortamını deneyimlemiş olmasından dolayı etkilenmemeleri ve doğum öncesi, doğum anında ve doğum sonrası yaşanacaklara hazırlıklı olmaları söylenebilir. Bizim çalışmamız Karabulutlu'nun çalışması ile benzerlik göstermemektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan vaginal ve vakum ile doğum yapan kadınlara **epizyotomi uygulanması durumuna göre** doğumdan memnuniyet düzeylerine bakıldığında, epizyotomi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında fark bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 6). Özcan ve Arslan'ın çalışmasında epizyotomi yapılmayan lohusaların kararlara katılım ve beklentilerin karşılanmasından memnuniyetlerinin, epizyotomi yapılanlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunduğu gözlemlendi (Özcan ve Arslan, 2015). Epizyotomi doğumda memnuniyeti azaltan bir faktör olmasına rağmen bizim çalışma sonucumuz Özcan ve Arslan'inkine benzer değildir. Bizim çalışmamızda bu sonucu elde etmemizin sebebi, çalışmanın yapıldığı hastanede epizyotominin rutin uygulanması nedeniyle kadınların epizyotomi uygulamasına hazırlıklı olmaları ve doğum öncesi hazırlık eğitimi almadıkları için bu beklentiye girmemiş olabilirler.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların **indüksiyon uygulanma durumuna göre** doğumdan memnuniyet düzeylerine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6). Özcan ve Arslan'ın

çalışmasında oksitosin indüksiyonu uygulanan lohusalarda hastane olanaklarından memnuniyetin anlamlı derecede yüksek olduğu görüldüğü saptandı (Özcan ve Arslan, 2015). Ezeanochie ve ark. (2013) doğumda kadınların deneyimleri ve memnuniyetlerini araştırmak için Nijerya'da yaptığı çalışmada kadınların %71,4'ü doğumda oksitosin indüksiyonu uygulamasından memnun olduğunu, %28,6'sı ise memnun olmadığını belirtti (Ezeanochie M., Olaqbuji B., Ande A., 2013). İndüksiyon uygulaması dilatasyonu arttırdığı ve doğumu hızlandırdığı için kadınlar tarafından tercih edilmiş olabilir. Doğum süresi kısaldığı için memnuniyetleride olumlu etkilenmiş olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %66,3'ü **"Doğumumla iyi baş edebildim"** önermesine "Katılmıyorum" yanıtını verdi. Timur ve Şahin'in yaptığı bir çalışmada kadınların yarısından fazlası (%66,4) doğum eylemini olumlu olarak değerlendirdi (Timur ve Şahin, 2010). Adams ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada doğum korkusu olan kadınlarda doğum süresinin uzadığı ve kadınların baş etme mekanizmalarının yetersiz olduğu bulundu. Poikkeus ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları bir çalışmada her beş kadından birinde orta derecede doğum korkusu saptanmış olup, kadınların %6-13'ünün ise daha ciddi doğum korkusu yaşadığı ve bu korkusu ile baş edemediği belirlendi. Başka bir çalışmada kadınların doğum deneyimleri ile ilgili yapılmış birçok çalışmada, kadınların doğumları ile baş edemedikleri bildirildi (Adams ve ark, 2012; Şaşmaz, 2015; Abd- El Aziz vd., 2017). Sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Doğum korkusu kadınların baş etme mekanizmalarını olumsuz yönde etkilediği için kadınların doğumla baş edemedikleri söylenebilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %92'si **"Benim için doğum stresli bir deneyimdi"** önermesine " Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdi (tersten puanlandığı için). Kadınların doğum deneyimleri ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda, kadınların doğum sürecinin çok stresli bir deneyim olduğunu söyledikleri saptandı (Allehagen vd., 2001; Sayiner D., Özerdoğan N., 2009). Başka bir çalışmada gebelerde fiziksel ve emosyonel yakınmalar ile doğuma yönelik korku ve endişelerin 3. trimesterde arttırdığı saptandı (Sunal ve Demiryay, 2009; Akdolun Balkaya ve ark, 2014). Bebeğin zarar görmesi, ölümü, annenin zarar görmesi ölümü, personele güvenmeme, kontrol kaybı, doğum anında panik olma, kontrolünü kaybetme gibi korkuları olan kadının stres düzeyini arttırdığı saptandı (Şahin vd., 2009; Ryding vd., 1998). Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kadının kendisi, doğumu ve bebeğiyle ilgili korkuları stres düzeyini artırıyor olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %84,2'sinin **"Doğumum çok kolay oldu"** önermesine " Katılmıyorum" cevabını verdiği saptandı. Pınar ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada annelerin % 47,3'ü doğumunu "çok kolay",

%31,3'ü "sıkıntılı", %11,3'ü çok zor olarak belirtti (Pınar & Pınar, 2009). Dönmez ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kadınların %35'i doğumunun zor olduğunu, %61'i ise kolay olduğunu belirtti (Dönmez ve ark., 2014). Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Doğum ağrısı kadının olumsuz doğum deneyimi yaşamasına neden olabilir, bu da kadının doğumu zor olarak algılamasına sebep olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %65,3'ü "**Sağlıklı normal bir doğum yaptım**" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği görüldü. Normal doğum yapanların %88,3'ü doğum şeklinden memnun olduğunu belirtti (Yanikkerem, Uçum, Kitapçioğlu ve Karadeniz 2010). Yapılan başka bir çalışmada, ülkemizdeki kadınların çoğu gebeliği normal bir durum olarak kabul etmektedir. Bu düşüncenin bir sonucu olarak gebeliğin sonunda da normal doğumun doğal bir süreç olduğu ve daha sağlıklı olduğu düşüncesi doğacağı saptandı (Duran E., Atan Ş., 2011). Sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların sadece %76,7'si "**Doğumumda birçok tıbbi müdahale uygulandı**" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği görüldü (tersten puanlandığı için). Fransada yapılan bir çalışmada, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde, kadınlar birçok tıbbi muayene ve müdahale ile karşı karşıya kalırlar görüşüne varıldı (Walburg V., Friederich F., Callahan S., 2014). İrlanda'da yapılan bir çalışmada, doğum hizmetlerinin tıbbi hale getirildiği gözlemlendi (Kennedy, 2010). Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Doğumu hızlandırmak için uygulanan epizyotomi, indüksiyon gibi uygulamalar bizim çalışmamızın yapıldığı hastanede rutin olarak uygulandığı için bu sonuca varılmış olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların sadece %20,2'si "**Doğumum çabuk ve hızlı oldu**" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği saptandı. Coşkun'un çalışmasında annelerin yarıdan fazlası (%57) doğum deneyimini zor ve yorucu olarak tanımladığı saptandı. Doğum eyleminde memnuniyetin önemini ve düzeyini belirlemek için yapılan bir çalışmada; normal doğum yapanların %65,6'sı doğum süresini tahmin ettiklerinden daha uzun, %16,4'ü tahmin ettikleri sürede olduğunu belirtti. Normal doğum yapanların %80,5'i ve sezaryen doğum yapanların %40,6'sı doğum olayının tahmin ettiklerinden daha ağırlı olduğunu söyledi. Normal doğum yapanların %88,3'ü ve sezaryen ile doğum yapanların %76,6'sı doğum şeklinden memnun olduğunu belirtti (Yanikkerem, Uçum, Kitapçioğlu ve Karadeniz 2010). Bazı bulgular çalışmamızla benzerlik gösterirken, bazıları benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %73,3'ünün "**Doğum eylemim süresince partnerim bana çok destek oldu**" önermesine "Kesinlikle

Katılıyorum” cevabını verdiği görüldü. Timur ve Şahin (2005)’nin yaptığı bir çalışmada kadınların % 75,2’si doğum eyleminde sosyal destek almadığı, kadınlara destek veren kişilerin en çok anneleri olduğu (% 58,8), kadınların % 30,7’si eşinin doğum eyleminde destek vermesini istediğini, % 69,3’ü ise istemediğini belirtti. Akkaş’ın yaptığı çalışmada gebelerin %85,5’inin sosyal desteğinin olması, sosyal desteğin büyük oranda (%80) eş ve kendi annesinden (%60,8) sağlanması, eşlerin en çok manevi/duygusal destek sağlaması (%51) ve eşten alınan desteğin iyi olarak bildirilmesi (%57,7), literatür bilgilerini destekler bulgular ve gebeler için olumluydu. Çünkü, gebeler 1. sırada eşlerinden (%93,4), sonra kendi ailesinden (%40,1) destek almak istemekte ve en çok manevi/duygusal (%34,9), çocuk bakımı (%21,7) ve ev işleri (%19,1) konusunda destek beklemekteydiler. Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %63,7’si **“Doğumumun başından sonuna kadar aynı ebe ilgilendi”** önermesine “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını verdi. Gözükara ve Eroğlu’nun (2011) yaptığı bir çalışmada vajinal doğum planlayan kadınların %96,4’ünün gebeliği süresince sağlık kontrolü yaptırdığı belirlendi. Sağlık kontrollerinin ise %61,5’inin farklı ve %38,5’inin aynı sağlık personeli tarafından yapıldığı saptandı. Sezaryenle doğum planlayan kadınların ise, %95,6’sının gebeliği süresince sağlık kontrolü yaptırdığı, %55,8’inin sağlık kontrollerinin farklı, %44,2’sinin aynı sağlık personeli tarafından yapıldığı belirlendi. Bulgular çalışmamızla bire bir paralellik göstermemektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %95,9’u **“Doğum süresince ve doğumda çok endişeliydim”** önermesine (ölçekte tersten puanlanması göz önünde bulundurularak) “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını verdi. Dönmez ve ark.’larının yaptığı bir çalışmada annelerin %60’ı kendileri ve bebeklerinin sağlığı için endişe ettiklerini ve %50’si doğum anında çok gergin olduklarını belirtti. Yapılan çalışmalarda bilgi eksikliğinin korku ve endişeye neden olduğu belirtildi (Cleeton, 2001; Chen, Wong and Chang, 2001). Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %85,2’sinin **“Doğal doğum yaptım”** önermesine “Katılmıyorum” yanıtını verdiği saptandı. Doğal doğum müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Çalışmamızdaki verilere baktığımızda kadınların %54,6’sının sezaryen ve forseps/vakum ile doğum yaptı. Normal doğum yapan kadınların sadece 38’inde epizyotomi uygulanmadığını, çoğunda indüksiyon ve lavman uygulaması yapılması da kadınların bu görüşünü destekler nitelikteydi. İrlanda’nın yakın zamanda yayımlanan ilk Ulusal Doğurganlık Stratejisi’nde , kadınlara tercih ettikleri bakım konusunda seçim yapmaları ve bütün bakım yollarının gebelik ve doğumun normalleşmesini desteklemesi gerektiğini önerdi (Larkin vd., 2014). Gül’ün

çalışmasında spontan vajinal doğum yapan olguların % 91,2'sinde epizyotomi uygulanmış, %34,1'ine ise indüksiyon uygulandı. Bu çalışmada da kadınların doğal doğum yapmadı (Gül, 2008). Uzel'in çalışmasında kadınların %37,8'ine indüksiyonu uygulanmış, %87,4'üne ise epizyotomi yapıldı. Bu çalışmada da kadınlar doğal doğum yapmadı (Uzel, 2016). Bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %93'ü **"Doğum eylemim süresince ve doğumda doğum ekibi tarafından iyi desteklendim"** önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdi. Norveç'te yapılan bir çalışmada kadınların, doğumda sağlık profesyonellerinin yakınlığının doğum deneyiminde önemli bir yere sahip olduğunu savundu (Dahlberg ve Aune, 2013). Literatürde doğum sırasında ebe ve hemşire desteğinin önemi vurgulandı (Rosen, 2004; Papagni ve Buckner, 2006; Price ve diğ., 2007). Çalışmamızı doğrular verilerin dışında, doğum eyleminde kadının ihtiyacı olan destek ebenin rolleri ile karşılanabilecek durumdayken, pratikte bunun pek de sağlanamadığı görüldü (Gale ve diğ., 2001; Papagni ve Buckner, 2006; Price ve diğ., 2007). Pınar ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada annelerin % 88'i sunulan ebelik bakımını 'iyi' olarak değerlendirdi. Literatürde ise doğum sürecinde verilen sosyal desteğin doğum deneyimini olumlu etkilediğine ilişkin birçok çalışma bulundu (Gungor ve Beji, 2007; Vırit ve diğ., 2008). Das'ın çalışmasında kadınların tamamının ebelerden bakım ve eğitimle ilgili beklentileri olduğu saptandı (Das, 1998). Timur ve Şahin'in çalışmasında kadınların önemli bir bölümü (% 38,1) sağlık personelinin hastaları önemsemediklerini düşünöldü (Timur ve Şahin, 2010). Timur ve Şahin'in çalışması bulguları çalışmamızla benzerlik göstermezken, diğçer çalışmalar benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %89,6'sının **"Doğumdan sonra oldukça uzun bir süre bebeğimden ayrı kaldım"** önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdi (tersten puanladığı için). International Mother Baby Childbirth Organization (IMBCO)' nun, doğumdan sonra anne ve bebeğın 24 saat bir arada kalmalarını teşvik eden bir politikaları vardır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO 1998) göre, "odanın paylaşımı"; bebeğın anneden ayrılmasını gerektiren belirli bir tıbbi tedavi olmadığı sürece, yeni doğum yapmış annelerin normal bebekleriyle (sezaryen ile doğanlar dâhil) odalarına gelmelerinden itibaren taburcu olana kadar günün 24 saati aynı odada kalmalarına dayanan hastane uygulamasıdır. Birçok çalışmada bunu doğrular niteliktedir. Moore ve arkadaşlarının 1925 anne ve bebekleriyle yapılan 30 çalışmayı inceledikleri derlemede; anneye erken ten tene temas kuran bebeklerin anneleriyle daha çok etkileşim kurduğunu, daha sıcak kaldığını ve daha az ağladığını saptandı. Bunun yanı sıra bebeklerin daha fazla ve daha uzun süre emzirilme eğiliminde olduğunu ve anneleriyle erken

ve olumlu bir ilişki içinde olduklarını belirtti (Moore ve ark., 2012). Diğer çalışmalardaki bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %92,2'si "**Doğum eylemim süresince ekibin benimle iletişimi güzeldi**" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdi (tersten puanlandığı için). Kadınların ebelerden beklentilerine bakıldığında, CS olan annelerin % 72,6'sının beklentisi olduğu belirlendi. Normal doğum yapan annelerin % 37,6'sının sağlık çalışanlarından herhangi bir beklentisi olmadığı saptandı. Her iki grupta da "davranış ve iletişim yönünde" beklentilerin belirgin olduğu saptanmıştır: destek olunması, bilgi verilmesi, yardımcı olunması, ağrıların dindirilmesi, bebek bakımı, sorulara cevap verilmesi v.s. beklentiler dikkat çekmekte ve daha ilgili olunması, güler yüz, psikolojik destek v.b. beklentiler öne çıkmaktaydı. Diğer bir çalışmada, doğum sonu dönemde annelerin ebelerden beklentilerinin yüksek olduğu, ancak beklentilerinin tam olarak karşılanmadığı, yeterli bakım ve eğitim alamadıkları belirlendi (Özmen, 2006; Fidan ve ark., 2007). İrlanda'da yapılan bir çalışmada ise meşgul ve yoğun olan hastane çalışanlarının, kadınlara istedikleri destekleyici bakımı veremedikleri saptandı (Larkin vd., 2012). Güler ve Dağlar'ın (2004) ebelerin doğum anında fiziksel bakım hizmeti, bilgi verme ve duygusal destek sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamaları ve annelerin doğum sonrası dönemde doğum anına yönelik bakım hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini ve beklentilerini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, araştırmacı kadınların %31,5'ine saygılı davranılmadığını belirlendi. Oysa kadınların %79,4'ü kendisine saygılı davranıldığını belirtti. Bu durum kadınların doğum sürecinde hemşireden alması gereken destekleyici bakımı bilmemelerinden ya da uygun olmayan bakımı yeterli olarak algılamalarından kaynaklanabilir (Güler ve Dağlar, 2004). Pınar ve Pınar (2009)'ın çalışmalarında, doğum eylemindeki kadınların %42,5'inin ebe/hemşirelere güven duydukları ve %45,2'sinin sorunlarını paylaşabildikleri belirtti. Ayrıca bu çalışmaya katılan kadınların ebe/hemşirelerden beklentilerinin daha çok "azarlanmamak" (%34,5) ve "güler yüzlü olmak" (%13,8) olduğu da rapor edilmiştir. Bazı bulgular çalışmamızla benzerlik gösterirken, bazıları göstermemektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %92,2'si "**Doğum odası temiz ve hijyenikti**" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdi. Pınar ve ark.'larının yaptığı başka bir çalışmada annelerin hastanede kaldığı süre içinde buldukları ortamı değerlendirmeleri istendi. Buna göre, temizlik (%96) ve mahremiyete önem verdikleri (%92) görüldü. Bu veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %91,7'si "**Doğum yapmak inanılmaz derecede ağrılı bir olaydı**" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdi (tersten puanlandığı için). Kadınlar normal doğumda

yaşadıkları ağrıyı %61,6'sı korku verici olarak tanımladı (Ceylantekin, 2006). Özcan ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada normal doğum yapanların %80,5'i ve sezaryen doğum yapanların %40,6'sı doğum olayının tahmin ettiklerinden daha ağrılı olduğunu söyledi. Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.



6- SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

- Katılımcıları Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde yatan lohusalar oluşturdu.
- Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları $27,8 \pm 5,33$ 'ydi.
- Kadınların %63,7'si lise mezunuydu.
- Kadınların tamamı evliydi. Evlilik sürelerine göre dağılımlar incelendiğinde; 1-5 yıl süre ile evli olanların oranı %51; 6-10 yıl süre ile evli olanların oranı %33,9; 11-15 yıl süre ile evli olanların oranı ise %8,8'dir. 16-20 yıl süre ile evli olanların oranı %5,4 olup, 21 yıl ve üzeri süre ile evli olanların oranı %0,8'iydi.
- Kadınların %87'si ev hanımıydı ve hepsinin sosyal güvencesi vardı.
- Kadınların %30,3'ü primipar, %69,7'sinin multipardı. Multiparların %32,6'sının bir önceki gebeliğinin normal, %34,2'sinin sezaryen, %2,6'sının düşük ve %0,3'ünün ölü doğum olduğu saptandı.
- Kadınların ortalama gebelik sayısının $1,99 \pm 0,92$ olduğu saptandı.
- Kadınların %45,3'ünün vaginal, %54,14'ünün sezaryen, %0,5'i de vakum ile doğum yaptı.
- Vaginal ve vakum ile yapılan doğumların 79,09'u epizyotomi ile, %20,91'i epizyotomisiz yapıldı.
- Kadınların %92,8'sine indüksiyon uygulandığı, %7,2'sine uygulanmadığı bildirildi. Normal doğumların %94,3'üne, sezaryenlerin %94,1'ine, vakumla doğumların %100'üne indüksiyon uygulandı.
- Kadınların %60,1'inin gebeliği planlıydı.
- Kadınların hepsinin doğum öncesi kontrollere gittiği saptandı.
- Doğum öncesi kontroller için aile sağlığı merkezine başvuran kadınların oranı %74,9 olduğu saptandı.
- Doğum öncesi kontrolle dört defa gidenlerin oranı %60,9 idi.

- Kadınların %99,5'inin doğum öncesi eğitim aldığı saptandı.
- Doğum öncesi eğitimlerin alındığı sağlık personellerinde ise %96,9 ile ebeler birinci sıradaydı.
- Kadınların %31,1'i emzirme, %29,5'i bebek bakımı, %38,9'u aile planması ve %0,5'i ise diğer konularda (CYBH) eğitim aldılar.
- Doğumların %54,6'sını doktor, %45,3'ünü ise ebeler yaptırdı.
- Kadınların doğumu yaptıracak kişiyi seçme durumu sorulduğunda ise %30,3'ü evet, %69,7'si hayır cevabını verdiği saptandı.
- Kadınların %59,1'i doğum şeklinden memnun kaldığı, %40,9'unun ise memnun kalmadığı gözlemlendi.
- Çalışmamızdaki kadınların yaş gruplarına göre doğumdan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, 25 yaş altındaki kadınların memnuniyeti diğer yaş gruplarından düşük bulundu ($p<0,05$).
- Çalışma grubunda evlilik sürelerine göre kadınların doğum memnuniyet ölçeğinden aldıkları puanlar arasında fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Çalışmamızdaki kadınların yüksekokul düzeyinde öğrenime sahip olanların doğum memnuniyet ölçeğinden aldıkları puan daha yüksekti ($p<0,05$).
- Çalışmamızdaki kadınların doğumdan memnuniyet puan ortancaları gelir durumu iyi olanlarda diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Çalışmamızdaki kadınların doğumdan memnuniyet puan ortancaları doğum öncesi kontrollerini hastanelerde yaptıranlarda daha yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Çalışmamızdaki kadınların doğumdan memnuniyet puan ortancaları doğum öncesi eğitim alınan kişiye göre farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).
- Çalışmamızdaki vaginal doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyet puanı ortancaları yüksek bulundu ($p<0,05$).

- Çalışmamızda önceki gebeliği sezeryen ile sonuçlanan lohusaların doğumdan memnuniyet puan ortancaları daha düşüktü ($p < 0,05$).
- Çalışmamızda doğuma yardımcı olacak doktor/ebeyi seçemeyen kadınların doğumdan memnuniyet ortancaları seçebilenlerden yüksek bulundu ($p < 0,05$).
- Vaginal yol ile doğum yapanların primipar ve multipar olma durumlarına göre doğum memnuniyet ölçeğinden aldıkları puanlar açısından fark bulunamadı ($p > 0,05$).
- Sezaryen yol ile doğum yapanların primipar ve multipar olma durumlarına göre doğum memnuniyet ölçeğinden aldıkları puanlar açısından fark bulunamadı ($p > 0,05$).
- Çalışmaya katılan vaginal ve vakum ile doğum yapan kadınlarda epizyotomi yapılan ve yapılmayanlar arasında fark bulunamadı ($p > 0,05$).
- Çalışmaya katılan kadınlara uygulanan indüksiyon sonucu doğumdan memnuniyet puan ortancaları arasında fark bulunamadı ($p > 0,05$).
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %66,3'ü "Doğumumla iyi baş edebildim" önermesine "Katılmıyorum" yanıtını vermiştir.
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %92'si "Benim için doğum stresli bir deneyimdi" önermesine " Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdi (tersten puanlandığı için).
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %84,2'sinin "Doğumum çok kolay oldu" önermesine " Katılmıyorum" cevabını verdiği görüldü.
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %65,3'ü "Sağlıklı normal bir doğum yaptım" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği görüldü.
- Çalışmamıza katılan kadınların %76,7'si "Doğumumda birçok tıbbi müdahale uygulandı" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği görüldü (tersten puanlandığı için).
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %20,2'si "Doğumum çabuk ve hızlı oldu" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği saptandı.

- Çalışmamıza katılan kadınların %73,3'ünün "Doğum eylemim süresince partnerim bana çok destek oldu" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği saptandı.
- Çalışmamıza katılan kadınların %63,7'si "Doğumumun başından sonuna kadar aynı ebe ilgilendi" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışmamıza katılan kadınların %95,9'u "Doğum süresince ve doğumda çok endişeliydim" önermesine (ölçekte tersten puanlanması göz önünde bulundurularak) "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışmamıza katılan kadınların %85,2'sinin "Doğal doğum yaptım" önermesine "Katılmıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %93'ü "Doğum eylemim süresince ve doğumda doğum ekibi tarafından iyi desteklendim" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışmaya katılan kadınların %89,6'sının "Doğumdan sonra oldukça uzun bir süre bebeğimden ayrı kaldım" önermesine(tersten puanladığı için) "Katılmıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %92,2'si "Doğum eylemim süresince ekibin benimle iletişimi güzeldi" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışmamıza katılan kadınların %92,2'si "Doğum odası temiz ve hijyenikti" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdiği saptandı.
- Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların %91,7'si " Doğum yapmak inanılmaz derecede ağrılı bir olaydı" önermesine "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını verdiği saptandı.

Öneriler;

- Doğum Sonu Dönemde Kadının Memnuniyetini Artırmak İçin;
- Aile Sağlığı Merkezi ya da Toplum Sağlığı Merkezlerine evlilik öncesi başvuran çiftlere, " Evlilik Öncesi Danışma" kapsamında evlendikten sonra gebelik durumunda 12. Haftaya kadar aile sağlığı merkezine ya da hastaneye başvurması gerektiği bilgilendirmesi yapılmalıdır.

- Sağlık kuruluşlarında ebelerin doğum öncesi eğitimleri kapsamlı bir şekilde vermesi gerekmektedir. İlk gebelikleri olan kadınlara özellikle doğum, doğum korkusu, doğumda uygulanabilecek olası müdahaleler, anne sütü, emzirme, bebek bakımı eğitimleri, birden fazla gebeliği olan kadınlara ya da iki gebelik arası 2 yıldan az olan kadınlara aile planlaması eğitimi verilmesi gerekmektedir.
- Gebe okulu bulunan illerde, gebelerin bu kurslara katılımı sağlanmalıdır. Bu eğitimlerde hastaneye başvuru zamanından uygulanabilecek olası müdahalelere, nefes egzersizlerinden ıkınma tekniklerine, doğum öncesi egzersizlerden doğumla baş etme yöntemlerine kadar doğum ile ilgili her şey hakkında bilgilendirme yapılacağı, bunlarında doğumlarının daha kısa sürede, müdahalesiz, baş etme mekanizmaları yüksek bir şekilde doğuma girecekleri ve doğumdan daha memnun bir şekilde çıkacaklarını anlatılmalıdır. Bu doğuma hazırlık sınıfları sayesinde gebeleri doğum hakkında eğiterek, doğum hakkında bilinmeyenleri öğreterek doğum korkusunun azalmasını sağlayabilir.
- Normal doğum hakkında bilgilendirme, hastaneye başvuru zamanı, kontraksiyon takibi, doğum sırasındaki baş etme mekanizmaları hakkında bilgilendirme yapma, doğumla ilgili kitaplar, dergiler, broşürleri okumaya teşvik etme ile doğuma hazırlığının yapılması gerekmektedir.
- Sezaryen doğumun endikasyonları ve kontrendikasyonları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Mecbur kalınmadığı durumlarda tercih edilmemesi gerektiği hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır.
- Çalışma sonuçlarına göre kadınlara rutin epizyotomi ve oksitosin indüksiyonu yapılmaktadır. Gerekmeyen durumlarda gebelere bu uygulamaların yapılmaması gerektiği konusunda sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim planlanmalıdır.
- Çalışma sonuçlarına göre gebelerin oral alımları yasaktır. Yine aynı şekilde sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim planlanabilir.
- Bu çalışmaya göre doğumhanedeki kadınların yanlarında yakınları bulunmamaktadır. Travayda kadının yanında yakınlarının bulunması kanıta dayalı uygulamalar ile desteklenmekte ve kadınların psikolojisini olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının kanıta dayalı uygulamaları rehber olarak doğumu yönetmesi çok önemlidir. Bunun için sağlık içi hizmet programlarının yaygınlaştırılması çok önemlidir.

- Kanıta dayalı uygulamalar ışığında doğal doğum hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Öncelikle ebeler bu konu hakkında bilgilendirilmeli ve kanıta dayalı uygulamalara göre aşağıdaki maddelere uymaları gerektiği anlatılmalıdır.
- Doğum kendi başlamalıdır.
- Doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır.
- Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
- Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır.
- Doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
- Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır.
- Bu şekilde doğuma katkısı sağlanan kadın, doğum şeklini kendi seçebilecek, müdahalesiz doğum yapmak hakkında söz sahibi olabilecek, bebeği ile doğumdan sonra hemen bir araya gelecek, komplikasyon gelişmediği sürece doğal doğumu tercih edecek ve doğum sonrası memnuniyeti de artacaktır.

POZİTİF DOĞUM HİKAYELERİ

Pozitif doğum hikayelerini kullanmak için blog sahibi Elif Doğan, 1. Olgu için Emel Akay Tunal, 2. Olgu için Banu Aksoy'dan mail yoluyla izin alınmıştır.

OLGU 1

Emel ve Duru'nun Hikayesi
16 Ocak 2013, İzmir

Her zaman normal doğumdan yana olmuştum. Annem, teyzem, ninem nasıl doğurduysa öyle doğuracağım derdim hep. Korkum yoktu, ne acılı doğum hikâyeleri, ne bilmem kaç santim yırtıklar, ne de saatler süren sancılar tesir etmiyordu kararima. Doğada işler nasıl yürüyorsa öyle deneyimlemeliydim ben de eşsiz doğum hikayemi. Üstelik kadın doğum uzmanlarının itinayla destekleyip pekiştirerek yarattıkları sezaryen piyasasına da ifrit oluyordum. Doktorlara da güvenim minimum düzeydeydi doğumun şeklini belirleme işine gelindiğinde. Hasta güvenliği işini abartıp, "riske atmama" bahanesi/kılıfı/ gerekçesi altında son dakikaya kadar normal denen doğumların sezaryenle sonuçlandığını çok duyduğumdan olsa gerek... Şimdi düşündüğümde günümüzde birçok kadının yap(a)madığı normal doğumu -en azından yakın çevremde- başaran -parmakla gösterilesi nadir- "kahraman" olma dürtümün de bu kararımı sabitlediğine kanaat getiriyorum.

Gebeliğimin müjdesini aldığım da doktorumu belirlerken normal doğum yanlısı doktor bulma gayretine girmedim hiç. Tek umurumda olan bebeğimin kalp atışlarını duyabilmektir. Bebeğimin sağlıklı takip ve izlemine yapsındı yeter. Sonra düşünürüz dedim geçiştirdim. Ve son derece popüler olan karizmatik doktorumuzla başladık serüvene...

Aylar birbirini kovaladı, yolun yarısını geçtikten sonra doğumu düşünmeye başlamıştım bile. O sıralarda da yakın bir arkadaşım yeni bir kadın doğum uzmanına gitmeye başladığını ve farklı bir doğum şeklinden bahsettiğini anlattı. Çok etkilenmiş görünüyordu. Doktor da bir hastasının talebi üzerine tanışmış "doğal doğum"la ve öyle etkilenmiş ki sezaryenci doktorların kol gezdiği bir arenada eğitim alıp uygulamaya soyunmuş. Arkadaşımla o sohbetimiz bugün gibi canlı zihnimde: "Yatarak doğumu beklemek için mantığına aykırıymış, yerçekiminden faydalanmak gerekiyormuş doğumu hızlandırmak için, ayrıca epidural, suni sancı gibi dışarıdan müdahalelere de karşı bu akım. Doğru nefes almayı öğrenerek süreçle başa çıkmayı öğrenebiliyormuşsun. Bebek doğar doğmaz annenin kucağına veriliyormuş, göbek kordonu kan atımı bitene kadar kesilmiyormuş,

daha bağ sürüyor diye..." Konuştukça konuştuk, efsunlandık. Eminim ikimizde de şüpheler vardı ama içten içe istedik.

30. haftaya geldiğimde hypnobirthing kitabını almış okumuştum bile. İyiden iyiden donanımlıydım. Doktoruma yöntemi anlattım ve fikrini sordum. Tabii ki burun kıvırdı; "biz çok gördük kendim doğuracağım diye gelenleri, başarıyı görmedim, umarım sen ilk olursun." Elbette benim hevesim kursağımda kaldı. Haftalar süren gelgitlerden sonra çoğuna göre radikal bir karar aldım ve arkadaşımın sözünü ettiği doktorla tanışmaya karar verdim.

33. haftadaydık. Yeni doktorumla aynı dili konuşuyorduk, beni çok iyi anladığını hissettim, üstelik o da çok hevesliydi ve benim yapabileceğime inanmıştı. Tek günlük hızlandırılmış bir kurs düzenledi kliniğinde, eşimle katıldık. Kursun eğitici içeriğinin yanı sıra, doğum için eşimle çabılıyor olmak ve babaya doğumda aktif rol yüklenmesi çok hoşumuza gitmişti. Her şey içimize sinmişti, iyi ki bu hamleyi yapmış doktorumuzu değiştirmemişiz diyorduk ama bir engel görünüyordu: Haftalar ilerliyordu ama bebeğim hala popo üstünde oturuyordu karnımda. Doğum pozisyonuna geçmiyordu bir türlü. Pozitif Doğum Hikayelerinde "Bahar ve Işık'ın hikayesi"ni okumuştum o sıralarda, hemen tavsiye ettiği sitelere baktım, yöntemleri uygulamaya giriştim. Koltuktan baş aşağı mı sarkmadım, kızımı ışığa, müziğe mi çağırmadım, türlü türlü yöntemler denedim. Denedim. Denedim. Çok gerildim, kafama taktım, saplandım. Fazlaca önemsedim bu durumu. Ama Duru kızım bana ebeveynliğimin ilk dersini verdi "her şey senin planladığın ya da istediğin gibi olmayabilir anne!"

Son haftalarda hüznünlü bir şekilde kabullenmiştim doğal doğumun bana kısmet olmayacağını. Ama doktorumun teklifi teselli oldu bana: "Sezeryan yapacağımızı bilsek de planlı, randevulu yapmayalım. Bırakalım Duru istediği zaman gelsin, hormonlar salgılsın sen ve bebeğin oksitosinin getirdiği mutluluğun tadına var." Bu kez de ben buna yoğunlaştım, kızımın vaktini bekliyorum, o ne zaman isterse diye geziniyorum ortalıklarda hopluya zıplaya, hatta düzenli olarak gittiğim havuza bile devam ediyorum. (Havuzda amuda durmayı ihmal etmeden tabii. Bebeğin dönmesine katkısı var diye okuduğumdan, umut dünyası işte!)

39+4'deki rutin kontrolümüzde NST verileri normaldi ama ben ultrason okumayı artık öğrendiğimden ekranda yazan kilo değerini görünce içime ateşler düştü. İki hafta öncesinin değerıyla aynıydı; 2,950! Doktorum da kaygımı doğrular şekilde kilo alımı çok yavaşlamış dedi. Aslında NST ve doppler bulgularında sorun yok ama riske atmayalım, bir hafta sonrasına sezeryan randevusu alalım dedi. Bu arada sen bol bol hurma ye, yürüyüş yap doğumun kendiliğinden başlamasına yardımcı olmak için dedi.

Doktordan çıkınca önce sakindim, en azından ne zaman olacağı belliydi, eşimin seyahat durumu da vardı, babası kızını kesin görebilecek diye teskin ettim kendimi. Ama zaman geçtikçe düşündüm, düşündüm, düşündüm; ben ne hata yaptım, iyi beslenmedim mi, bebeğimi niye büyütemedim... Ağladım, ağladım, ağladım. Duru duymuş olacak ki azabımı "merak etme anne ben iyiyim" dedi ve o gece gelmeye karar verdi. Suyum geldiğinde sevinçten ağlıyordum, apar topar hazırlanıp hastaneye gittik. Epidural yapılırken doktorum geldi, beni hissedeceklerim hakkında bilgilendirdi, canım yanarken elimi tuttu. O soğuk ve yabancı ameliyat odasında güven veren, şefkatli bir yüze o kadar ihtiyaç duyuyor ki insan.

Sonrası ise bilindik sezaryen süreci. İçimdeki boşalma hissiyle eşzamanlı gür bir çığlık... Ne güçlü, ne savaşçı, ne yaşama tutunan bir çığlık! İzmir'in sezaryen koşullarında doğar doğmaz bebekle vakit geçirmeyi hayal edemezken, operasyonun geri kalanı tamamlanana dek bebeğimin göğsümde kalmasını yine sevgili doktorum ebemizin de anlayışıyla mümkün kılabilirdi. Koklaştık, seviştik, konuştuk. Çok çok güzel geldi bana Duru kızım. Bizi beklemekten bitap düşmüş sevgilime bebeği götürdüler hemen; arkasından ben güle oynaya "gördünüz mü ne kadar güzel kızım" diye diye indim odama. Doğumdan hemen sonraki en kritik iş olan emme süreci ise o kadar tatlı gelişmedi maalesef... Başka bir yazı konusu olacak kadar uzun, ayrıntılı ve maceralı bir süreç oldu ama özetle Duru kuşum emsin diye çok çok uğraştığımı ve yıprandığımı söyleyebilirim.

Bazıları boşu boşuna gebeliğin ileri aşamasında doktorumu değiştirdiğimi düşünebilir; zira tüm çabama rağmen normal doğuramadım. Oysa geriye dönüp baktığımda iyi ki yapmışım diyorum. Çok değerli, aynı dili konuşabildiğimiz bir doktorum oldu, normal doğum yapmam için çok uğraştı, bebeği dönmeye teşvik etmek için yöntemler bulup akşamın bir saatinde mesajla bana yolladı. Bebeğin dönmeyeceğini anladığındaysa teselli etti, "bebekler geliş yöntemlerine kendileri karar veriyor, mutlaka bir nedeni var bizim bilemediğimiz" diyerek. Doğum anında çok güven verici, sakinleştiriciydi. Yapmasaydım bu hamleyi, keşke diyecektim, keşke deneseydim. Doktorumun dediği gibi doğumun ne şekilde gerçekleştiği değildi önemli olan, "keşke"siz olmasıydı. Belki doğumumu hayal ettiğim biçimde gerçekleştiremedim ama hiçbir aşamasında "keşke" demediğim, eşi benzeri olmayan, çok büyümlü ve özel bir doğum hikayemiz oldu.

Emel Akay Tunal

OLGU 2

Cincüce Banu ve Orman'ın SSVD (Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum) Hikayesi
5 Haziran 2015, İzmir

İlk gebeliğim şahane geçmişti. Kıpır kıpır ve enerjiktim. Son haftalara kadar seramik atölyesine gitmeye devam etmiş, merdivenleri sekerek inmiş, bol bol hareket etmişim. İlk gebeliğin sonlarına doğru suda azalma olduğu söylenmişti. Sonra bunu biraz telafi etsem de takip eden haftada bize suyun limitin altına indiği söylenmiş ve ertesi güne apar topar sezaryen ayarlanmıştı. Hep normal doğuma yapacağımı düşünürken böyle bir anda yoldan sapmak benim için sindirmesi zor bir mesele olmuştu; ama bebeğin hayatını riske atma endişesiyle kabul etmiştik, fazla sorgulamaya korkmuştuk açıkçası.

Tayga(ilk çocuğum) sağlıklı dünyaya geldi. Ben süreci elimden geldiğince olumlu atlatmaya çalıştım. Şimdi dönüp bakıyorum da aslında o kadar da olumlu bir kabul ediş olmamış; sadece sezaryenin bende bıraktığı izlerin üzerini örtmüştüm. Tayga'nın üzerinde bıraktığı izleri ise yeni yeni fark etmeye başladım. (Bunun yarattığı vicdan muhasebesi apayrı bir konu...)

İlk gebelikte ufak tefek şikâyetlerim olmuştu ama ikinci gebelikten sonra anladım ki onlar hiçbir şeymiş. Belki evde ufak bir çocuk olduğu için yeterince dinlenemediğimden, belki göbeğimde beliren fitıktan, belki de iki gebelik arasında bedenen yeterince hazırlanamamaktan kaynaklanıyordu, bilemiyorum, çok zorlandım. Gebeliğin getirebileceği olumsuz ne varsa yaşadım. En kötüsü ise üstümden atamadığım depresyon haliydi. Ben hayatımda bu kadar çok ağladığımı ve gelgitler yaşadığımı hatırlamıyorum.

Gebelik takip sürecine gelince... Yeni bir kente taşındığımız için ne doktor biliyorduk, ne hastane. Hamile olduğumu öğrenince bir arkadaşıma danıştım ve o da kızını dünyaya getiren doktoru önerdi. Dediğine göre çok güzel bir normal doğum yapmıştı ve doğum boyunca doktoru ona çok güzel moral vermişti. Tamam dedik, daha ne olsun ve gittik o doktora. Kötü bir izlenim de almadım. İlk doğumum sezaryen olmasına rağmen normal doğum yapmak istediğimi söyleyince "Bir problem çıkmazsa neden olmasın?" dedi. Biz kendimizi hep buna hazırladık ve Tayga'yla pek koşturmalı olan yaşamımızda ekstra bir arayışa girme ihtiyacı duymadık. Zaman zaman konusu geçtikçe normal doğum vurgusu yaptım. Biz kendimizi buna öyle kaptırmışız ki doktorun başka sinyaller gönderdiğini görmedik, göremedik. Ne ben, ne Yıldırım(eşim). Adeta duymak istediğimizi duymuşuz ve her şeyin normal seyrinde ilerleyeceğine safça inanmışız. Ta ki 35. haftaya kadar.

O hafta rutin kontrol için gitmiştik. Muayenenin ardından konuşurken doktor "Zaten sezaryen olacağın için..." diye başladı lafa. Gerisinde ne dediğini anımsamıyorum. "Niye sezaryen oluyorum?" diye araya girdim.

Sonra konuşma yaklaşık olarak şöyle ilerledi:

Doktor: İlki de sezaryen değil miydi senin?

Ben: Evet.

Doktor: ÖLÜRSÜN! (Evet aynen bu şekilde, dan diye öleceğimi ilan etti.

Ben (Sakin kalmaya çalışarak): Niye ölürmüşüm?

Doktor: Rüptür olur, rahmin yırtılır. Ölürsün. Sen ölmezsen bebek ölür.

(O arada bizim sinirler hafif hafif seyirmeye başlamıştı.)

Ben: SSVD yapıyor insanlar ama...

Doktor: Nerede yapıyor? Kim yapıyor? Ben kimseyi duymadım. Sen biliyor musun hiç olan?

Ben: Evet, bir sürü hikâye yazılıp çiziliyor. Yurtdışında... (O noktada tartışmanın anlamsız olduğunu anlayıp susuyorum.)

Doktor hâlâ ölebileceğimi söyleyip duruyor. İlk doğumum ne zamandı diye soruyor. İki yıl önce olduğunu söyleyince "Olmaz, arası en az beş yıl olmalı," diyor. "Hayır, aslında iki yıl yeterli..." diye başlayıp yine vazgeçiyorum ama saçma diyalogumuz devam ediyor.

Doktor: 15 Mayıs'ta alalım bebeği. (Bu arada 40. hafta 27 Mayıs-4 Haziran arası!)

Ben: İyi, madem ille de sezaryen olması şart, o halde bebek kendi istediği vakit gelsin. Doğum başlasın, ben o zaman geleyim hastaneye. Hiç değilse...

Doktor: Olmaz! Ölürsün! Bebeğin hayatının sorumluluğunu alır mısın?

Artık Yıldırım da dayanamayıp doktora parlıyor: "Sizin bu yaptığınız resmen korkutma politikası." Doktor başka bir şeyler diyor ama biz artık Yıldırım'la anlaşmış gibi duymuyor ve kafa sallıyoruz. O bir sonraki NST için gün veriyor. Not eder gibi yapıyoruz ve oradan ayrılıyoruz.

Ayrılış o ayrılış. Hastanenin önündeki caddede ağlaya ağlaya iki tur atıp dolanıp, sonra bir çay bahçesine oturduğumuzda kafam çok karıştı. SSVD'den ölünmediğini biliyordum. Ama biri size dan diye ölürsün buyurduğunda ister istemez sinirleriniz bozuluyor. Önümde çok az vakit vardı ve benim SSVD yapmamı sağlayacak bir doktor bulmam gerekiyordu. Nasıl? İşte o zaman birkaç ay önce İstanbul'da Elif'le karşılaşip ayaküstü yaptığımız sohbet geldi aklıma. Kız kardeşi Ece'nin doğumuna giren doktoru ve ne muhteşem bir doğum deneyimi yaşadıklarını anlatmıştı Elif. Hatırladığım kadarıyla, sözünü ettiği doktor bize çok uzak bir yerdeydi ama doğal doğumu destekleyen biri olduğunu hatırlıyordum. Bir denemeye değerdi. Hemen orada Elif'e yazıp danıştım. Yanıt çok hızlı geldi. Az sonra ertesi gün için Dr. Ahmet Akkoca'dan randevumuzu almıştık. (Elif ve Ece'ye bu yüzden minnettarım.)

Ertesi gün yeni maceramızın başlangıcını yaptık. Ahmet Bey bize bir saatten uzun süre ayırdı. Bizi dinledi, uzun uzun anlattı ve sonuç: SSVD yapabiliydim. Lakin bu uzun görüşmenin sonunda öğrendik ki Ahmet Bey bizi kabul edemiyordu çünkü öncelikle doğum eğitimi almamız gerekiyordu. Eğitim tarihinde benim gebeliğim iyice ilerlemiş olacaktı; zaten kayıt listesi dolmuştu. Ben bir kere daha ortada kalmış hissederken doktor bey yeni bir öneri getirdi. Onunla olmazdı belki ama bize üç isim verecekti ve bu isimlerden özellikle ilki SSVD yaptıyordu ve Ahmet Bey onun bizi geri çevireceğini düşünmüyordu. (Bu noktada Ahmet Bey'e de minnettarlığımı belirtmeliyim.)

Üçüncü gün, üçüncü doktor. Hemen ertesi gün Dr. Volkan Serhat Dede'den randevu aldık. Volkan Bey de tıpkı Ahmet Bey gibi bizi uzun uzun dinledi. Ta ilk gebelikteki belgelerimden başlayarak elimde ne var ne yoksa inceledi. Uzun uzun muayenesini yaptı ve sonuçta karara vardık: SSVD istiyor muyduk? Buna gerçekten hazır mıydık? O tamam diyordu. Biz de diyor muyduk? Evet, hazırdık ve doğuma beş hafta kala radikal bir U dönüşle bambaşka bir yola girmiş olduk.

Gebeliğin son haftaları üstümden o depresif ölü toprağını attım. Önce Volkan Bey'in önerisiyle doğum eğitimine kayıt yaptırarak. Bu sayede sevgili ebemiz Gözde Çavuş'la tanışma şansımız oldu. (Elif'in, Gözde'nin de doğuma gireceğini öğrendiğinde bize "Emin ellerdesiniz," demesinin nedenini Gözde ile tanıştıktan sonra anladık.) Eğitimde Psikolog Ayşegül Somçelik-Köksal'la da bir araya geldik. Gözde ve Ayşegül, Yıldıray'la bana tüm gün boyunca doğum fizyolojisinden doğum anına, meditasyon tekniklerinden nefes egzersizlerine kadar birçok konuda eğitim verdiler. Geriye doğumu beklemek ve bu süreçte egzersizlere çalışmak kaldı.

Haftalar hızla geçti. Muayene aralıkları sıklaştı. Doktorum için önemli iki şey vardı: Bebeğin suyu ve nabızı. (İlk doğumdaki su azalması meselesinin de bir kandırmaca olabileceğini geç de olsa anladık. Tayga'nın anne karnındaki yaşamından birkaç hafta çaldığımız fikrine ise hâlâ alışabilmiş değiliz.) 40 haftanın tamamlandığı gün kasılmalar sifıra yakındı. Bundan sonra beni iki günde bir görmek istediğini söyleyen doktorum muayene sırasında "Banu Hanım, ne zaman doğuracaksınız?" dedi şaka yollu. "Bir ara doğururum, nasılsa daha iki hafta var, eninde sonunda doğacak değil mi?" dedim. Randevu günlerimizi belirleyip ayrıldık.

Bir muayene klasiği olarak, doktorun yanında çitini çıkarmayan bebek, daha kapıdan çıkar çıkmaz başladı dansa. "NST'yi akşamları gelip evde taksalar ya," diye her zamanki esprimizi yaptık Yıldıray'la ve eve döndük. Akşam normal geçti. Bir gün önce kuzenim "Belki denk getiririm de doğum

zamanı orada olur, yardımcı olurum,” diyerek üç günlüğüne gelmişti ve seçimden önce İstanbul’a geri dönecekti. Bu kısa zamanda doğurur muyum, doğurmaz mıyım diye konuştuk. İzmir’den dönüşte aldığımızı taze ay çekirdeklerini (ki artık “İzmirli” olduğumuzu için biz de çiğdem diyoruz) yiyip çene çaldık. Annem de tıpkı doktor bey gibi “Ne zaman doğuracaksın?” dedi. “Dur daha yarın denize gidicez,” dedim. “Denize bir kere daha gireyim, sonra doğururum.” Bir ara tuvalete gittim, yoğun bir akıntı geldi. Nişan denilen şey miydi bu? Emin olamadım çünkü pek de anlatılanlara benzemiyordu. Ebemiz Gözde’ye mesaj atıp sordum. “Normaldir, takip et,” dedi. Yıldıray’a bir şey demedim; çünkü başka herhangi bir belirti yoktu.

Akşamın geri kalanı sakin geçti. Diğer akşamlardaki kasılmalardan eser yoktu. Kuzenimle anneme iyi geceler dileyip, bilgisayarımızı da yanımıza alıp odamıza çekildik. Bir bölüm Vikingler izledik; baktık uykumuz yok, bir bölüm daha izledik. Saat 1.00 olduğunda, sabah erkenden hortlayacak Tayga faktörünü düşünerek biraz dinlenelim bari deyip yattık. Hemen uyumuşum.

Bir gümlemeyle uyandım! Evet, şiddetli bir patlama sesiydi sanki. Rüya mıydı? Uyku sersemi ne olduğunu anlamadan ayağa kalktım tuvalete gitmek için. Daha yatağın ayakucuna varmışım ki bacaklarımdan sıcak bir şeyler aktı. Tanıdık bir koku aldım. Tayga doğduğunda kokusu böyleydi işte. Bir anda uyandım! Su kesesi patlamıştı! Yıldıray’a seslendim mi, o benim hareketlerime mi uyandı, hatırlamıyorum. “Yıldıray bir şeyler akıyor.” Işığı yaktı. Aptal aptal birbirimize baktık. Sonra hep fantezi yapıp olur olmadık yerde söylemeyi hayal ettiğim cümleyi kurdum: “Suyum geldi Yıldıray!” Sonra gülmeye başladık. Saat 2:30’du; hemen Gözde’ye mesaj attım. Ben suyum geldi, suyum geldi diye diye, güle oynaya tuvalete gittim. Bir yandan da tetikteyim. Hani bel ağrısı? Hani regl olacakmış gibi hissi? Hani kasılmalar, hani dalgalar? Tık yok. Dönüp önce Gözde’yi, ardından Volkan Bey’i aradık. Çünkü hem SSVD olacağım için, hem de evimiz hastaneye uzak olduğu için iki durumdan birinde mutlaka hastaneye gitmem gerektiğini söylemişlerdi: ya su kesesi patlarsa, ya da düzenli dalgalar başlarsa. Volkan Bey su miktarının aşağı yukarı ne kadar olduğunu sordu. Hiç dalga olmadığını söylediğimde, normalde kese patladığında 12-24 saate kadar beklediklerini söyledi. “Siz her ihtimale karşı yavaş yavaş hastaneye doğru yola çıkın, oradaki nöbetçi ebe bir baksın, duruma göre bana haber verecek ve geleceğim. Gözde’yi şimdiden çağırmamıza gerek yok sanırım,” dedi. Peki dedik. Bu arada ben birkaç defa daha tuvalete gittim. Vücudum kendi kendine doğal lavman yapıyordu. Evden çıkmamız biraz zaman aldı bu yüzden. Hem benim tuvalet molalarım, hem de giderayak kapının üstünde gözümüze kestirdiğimiz avuç kadar örümceği avlama faaliyetimiz yüzünden. Kasılma mı? Hâlâ yok; tuhaf bir hareketlilik vardı ama ritmik değildi.

Yaklaşık 1,5 saat rötarla yola çıktık ve 45 kilometrecik (!) yolumuza koyulduk. Yolda dalgalar hayli düzenli gelmeye başlamıştı ama dayanılmayacak gibi değildi. Eğitimde öğrendiğim nefes çok yardımcı oluyordu rahatlamama. Bir yandan da telefondaki kronometreyle süre tutuyordum. (Sonradan bir de baktım iki dakikada bir gelmiş dalgalar. Hani hiçbir şey yoktu? Nasıl sıfır kasılmadan iki dakikada bire geçiş yapmışım?!) Hastanenin olduğu bölgeyi çok iyi bilmediğimiz için azıcık kaybolduk. Birkaç kere sokaktaki tek tük insana yol tarifi sorduk. Hastaneye vardığımızda kapıdaki görevli bizi bekliyordu. Volkan Bey haber vermiş ve bizi hemen doğum katına aldılar. İşte şimdi gerçekten heybetli dalgalar gelmeye başlamıştı. Nöbetçi ebe Safiye Hanım muayene için beni doğumhaneye aldı. Ben apar topar bir kere daha tuvalete gittim. İçim iyice boşalmıştı ama sürekli bir ıknıma hissi yaşıyordum. Muayenenin çok acılı olduğunu itiraf etmeliyim. Karşımda tanımadığım biri olduğu ve ne Yıldıray'ın, ne de Gözde'nin yanımda olmaması yüzünden. Ebe açılmamın önce 5 cm olduğunu söyledi, sonra biraz daha muayene ve hayır, 2 cm'miş dedi. 5 santimetreyi duyan ben, açılmanın daha az olduğunu öğrenince biraz panikledim. Sonraki 8 santim bu güçlü kasılmalarla nasıl geçecekti?

Odaya döndük. NST'ye bağladılar. Ebenin doktoru arayıp çağırdığını duyuyorum. Dalgalar 1 dakikada bir geliyor ve tavan yapıyor. Hani dalgalar arasında yatıp dinlenmeye vaktim kalacaktı? Eğitimde dedikleri buydu. Dalga biterken yatağa uzanmaya çalışıyorum ve ben daha yatmadan yenisi geliyor. Nefeslerim aksıyor arada. Yıldıray sürekli hatırlatıyor nefes almamı. "Gözde nerede?" diyorum. Yoldaymış. Ebe gelip sürekli Yıldıray'a bir şeyler imzalatmaya çalışıyor. Tam da kasılma anına denk getirmeyi başarıyor. Kadına bağırarak istiyorum ama bağırarak halim yok. Zaten dalgalar artık öyle bir geliyor ki artık kendimi tutamayıp o anlarda koy veriyorum çığılı.

Bir noktada dalga aralıkları tamamen kapandı. Leğen kemiğimde dayanılmaz bir basınç başladı. Sandım ki o an oracıkta doğurvereceğim. Safiye Ebe "Seni doğumhaneye alalım," deyip duruyor. "Gözde gelmeden gitmem," diyorum. Sonradan öğreniyorum ki o an Yıldıray da kendini çok çaresiz hissetmiş. Çünkü olaylar çok hızlı geliyor ve ikimiz de kontrolü elden kaçırmış gibi hissediyoruz. Üstümdeki elbiseyi geceliğimle değiştirip rahatlamak istiyorum; o da ne aldığı zaman bol olan gecelik, bavulda beklediği sürede daralmış! Her şey üstüme fazla geliyor; şilebezi elbiseme geri dönüyorum. Birkaç dakika sonra leğen kemiğim bana doğumhaneye gitmem gerektiğini söylüyor; kemiğin içimde açıldığını hissediyorum çünkü ve NST odasındaki yatakta durmam mümkün değil. Ebenin tekerlekli iskemle önerisini reddediyorum ve iki dalga arası kısacık sürede bir kere daha doğumhaneye gidiyorum. Doğum sandalyesine yerleştikten az sonra Gözde geliyor. Giyinmeden hemen muayene yapıyor ve gözleri ışı ışı: "Yarım saate

bebeğini kucağına alacaksın Banu!” diyor heyecanla. Az sonra Volkan Bey de geliyor.

Bebek ilerliyor. Herkes bekliyor. Birkaç hafta önce kontroller sırasında Volkan Bey’in dediği bir laf aklıma geliyor: “Doğum sırasında biz hiçbir şey yapmayacağız. Hepimiz orada doğuma tanıklık edeceğiz.” Gerçekten de olan bu. Bir yanımda Yıldıray, diğer yanımda Gözde. Bana nefesleri hatırlatıyorlar. Ben her nefes aldığımda Yıldıray da alıyor ya da tam tersi.

İşte asıl dinlenme aralıklarını bu aşamadan sonra yakaladım. Dalga aralıkları açılmıştı. Daha güçlü bir baskı hissediyordum, çok şiddetli bir ıkınma hissi vardı, istemsiz olarak bağıryordum o anlarda. Bir yandan da çok bağırdığım için insanları rahatsız ediyormuşum gibi gelip utanıyordum. Kusura bakmayın falan gibi bir şeyler saçmadığımı, Gözde’ninse beni bağırmam için teşvik ettiğini anımsıyorum. Aralardaysa sanki hiçbir şey yokmuş gibi konuşup güldüğümüz oluyordu. Ablamın son konuşmamızda dedikleri aklıma gelmişti. “Sen kardeşim değil misin, ben öyle doğum yaptıysam sen de yaparsın,” demişti. Çok kolay bir doğumdu onunki. Bu gidişle benim ki de mi öyle olacaktı ne?

“Saçları göründü!” Volkan Bey bebeğin saçlarına dokunmak isteyip istemediğimi sordu. Uzandım ve ilk kez dokundum bebeğimize. Sonra yine bekledik. Daha güçlü ıkınıyordum artık. Az kalmıştı. Biliyordum ki kafası çıktıktan sonrası kolaydı. Huyum kurusun, sabırsızlanmaya başlamıştım. “Neden bekliyoruz?” diye anlamsız bir soru sordum. “Şu an küçük bir epizyotomi ile bebeği doğurabilirim,” dedi doktorum. Ama amaç doğumu hiç müdahalesiz tamamlamaktı; o yüzden bebeğin hareketlerini bekleyecektik. Bebek de benim gibi aceleci çıkmıştı anlaşılan, biraz sonra tekrar atağa kalktı ve Volkan Bey ilk kez duruma müdahale etti: “Dur, ıkınma, yırtık olur!” O an nasıl durdurdum bedenimi bilmiyorum. Bir süredir ben devreden çıkmıştım zaten. Yaptığım tek şey nefesle bebeğe yardım etmektir. O ve rahim muhteşem iki ortak gibi çalışıyor ve bütün işi yapıyorlardı zaten. Kolun ve omuzun duruşundan dolayı son anda zorlamıştı beni ve doktorun dur ikazından bir iki dakika sonra –belki o kadar bile sürmemişti- inanılmaz bir rahatlama hissi yaşadım. Sanırım o anı hiçbir zaman unutamayacağım. “Doğdu!” dedim gülerek. “Doğdu Banuşum!” dedi Yıldıray, “Bebeğimiz doğdu!”

Çok sulu gözümdür ben, böyle durumlarda dayanmam ağlarım. Bu seferse bambaşkaydı her şey. Güldüm, hem de çok güldüm. Artık endorfin fazlası kafa mı yaptı, ne oldu bilemiyorum. İkinci oğlumuz Orman, doğar doğmaz göğsüme, kalbimin üzerine yatırıldı. Tıpkı Tayga’yı karşıladığım gibi onu da karşıladım: Hoş geldin Orman. Doktorumuz göbek kordonundaki kan akışının kesilmesini bekledi; ardından makası Yıldıray’a uzattı ve Yıldıray

bebeğimizin göbek bağıını kesti. Az sonra plasenta da çıktı ve hemen arkasından ben ayaktaydım. Bebeği ondan sonra ilk kontrolleri için aldılar; biz yanı başındaydık o sırada. Ardından doğumhaneden yürüyerek çıktım. Şaka gibi! Damar yolu dâhil hiçbir müdahale olmaksızın, su kesesinin patlamasının üzerinden 5 saat bile geçmeden doğum sona ermişti. SSVD'ler için öngörülen toplam süresinin 24 saati bulduğu düşünülürse gerçekten şaka gibi, jet hızında bir doğum olmuştu.

Hastanede bizi usulen tuttular ve doğumdan 12 saat sonra evimize gitmek üzere yola çıktık. Ertesi gün bebek için alışverişe çıktım. Pazar günü seradan çiçek aldım ve sonraki günlerde bahçe işleriyle uğraştım. Ne bir ağrı, ne bir şişlik... Normal doğum mucizesini doğum anında ve sonrasında tekrar tekrar yaşadım. Sezaryen sonrası normal doğum ise iki kere mucize benim için.

Banu Aksoy

(<http://blogcuanne.com/tag/pozitif-dogum-hikayeleri>)

7-KAYNAKLAR DİZİNİ

Abd El-Aziz, N. , Mansour, S. , Hassan, N. (2017). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section.

Abushaikha, L. & Sheil, E.P. (2006). Labor stress and nursing support: how do they relate? *Journal of International Women's Studies*, 7;4:v198-208.

Adams, S. , Gian, M. , Eskild, A. Fear of Childbirth an Duration of Labour. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 119 (10): 1238-1246.

Adams, E. D. (2016). Birth Enviroments: A Woman's Choice in the 21st Century. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 30(3), 224-227

Akbaş, E. , Vırit, O. , Kalenderoğlu, A. ve ark. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon dőzeyleriyle ilişkisi. *Nőropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 85-91.

Akdolun Balkaya, N. , Vural, G. , Eroğlu, K. Gebelikte Belirlenen risk faktőrlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. *Dőzce Őniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitőső Dergisi* 2014;4(1):6-16.

Akkaş, S. (2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum.

Aktaş, F. (2017). Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Dőřőncelerinin Belirlenmesi. *Eskişehir Osmangazi Őniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yőksek Lisans Tezi*.

Alfirevic, Z. , Weeks, A. (2006). Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No.: CD001338. DOI: 10.1002/14651858.CD001338.pub2.

Alfirevic, Z. , Devane, D. , Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (5): CD006066.doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.

Allehagen, S. , Wijma, K. , Wijma, B. Fear During Labour. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 2001;80: 315-20

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Altuğ, S. (1988). Sezaryenle Doğum Yapacak Annelerde Ameliyat Öncesinde Kurulan Eğitsel İlişkinin Ameliyat Sonrası Rehabilitasyonun Başarısına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG. Oral Intake During Labor. Committee Opinion No. 441. Obstet Gynecol 2009; 114(3): 714.

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG. Practice Bulletin 165. Obstet. Gynecol. 128 e1 (2016).

Anderson, C. , Gill M. (2014). Childbirth Related Fears And Psychological Birth Trauma İn Younger And Older Age Adolescents. Applied Nursing Research 2014;1-7.

Arney, W. , Neill, J.(1982). The Location Of Pain İn Childbirth: Naturalchildbirth And The Transformation of Obstetrics. Sociology of Health and Illness Vol.4;1

Arslan, H. Doğum eylemi. (Ed.). Kadın Sağlığı ve Hastalıları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul :Koç Üniversitesi yayınları; 2012. s. 195-213.

Arslan, B. (2010). Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Isparta.

Aslam, MF. , Gilmour, K. , Fawdry RDS. (2003). Who wants a cesarean ? A study of women's personal experience of vaginal and cesarean delivery. J Obstet Gynecol. 2003;23(4): 364-366.

Avcı, K. , Pala, K. (2005). Bursa İl Merkezindeki Hastanelerde Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Doğum Oranları ve Bunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi.9. Halk Sağlığı Günleri. Ankara.

<http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=3120> [Erişim Tarihi: 13.02.2016].

Avis, M. , Bond, M. , Arthur, A. (1995). Exploring patient satisfaction without patient services. J Nurs Manag., 3(2): 59-65.Aydın, M

Avşar, AF. (2001). Elektif sezaryen. Türkiye Klin 2001;11:401-2.,

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Aydın, M.(2014). Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:5, Sayı:1
- Ayers, S. (2014). *Fear Of Childbirth, Postnatal Post-Traumatic Stress Disorder And Midwifery Care*. Editorial /Midwifery, 2014; 30: 145-148.
- Baker, A. , Ferguson, S.A. , Roach, G.D. , Dawson, D.(2001). *Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives*. J Adv Nurs 2001;35: 171-9.
- Bary, P. (2016). *Normalising Birthing*. WIN, 24(7),63
- Başgöl, Ş. , Beji, K.N. (2015). *Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5(3): 66-71
- Begic, N. , Zigic, L., Rados, S. (2014). *Anxiety And Anxiety Sensitivity As Predictors Of Fear Of Childbirth: Different Patterns For Nulliparous And Parous Women*. Psychosom Obstetricia and Gynecologica, 2014; 35(1): 22-28.
- Berghella, V. , Baxter, J.K. , Chauhan, S.P. (2008). *Evidence-based labor and delivery management*. American Journal of Obstetrics ve Gynecology 199(5): 445-454
- Bostancı, M. (2011). *Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi*. Dicle Tıp Dergisi 38 (2): 202-207.
- Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. Orvosi Hetilap 2009;150:1888-1893.
- Budak, Ş.M. , Kaya, C. , Akgöl, S. , Şentürk, B.M. , Kanat-Pektaş, M. , Yaman-Görük, N. , Tosun, Ö. *Prostaglandin E2 ile Doğum İndüksiyonu: Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Deneyimi*. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; Volum:13, Sayı:2, Sayfa: 61 - 64
- Carabin, H et al. *Does Participation In A Nurse Visitation Programme Reduce The Frequency Of Adverse Perinatal OutcomesİĞn First-Time Mothers? Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2005; 19(3):194-205.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Carroli, G. , Mignini, L. (2009). *Episiotomy for vaginal birth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; (1): CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.(edited in 2012)

Castral, T,C. vd. *"The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns"* Epub (2007) Sep. 14

Ceylantekin, Y. (2006). *Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*.

Chalmers, B. , Muggah, H. , Samarskaya, M.F. , Tkatchenko, E. (1998). *Women's experiences of birth in St. Petersburg, Russian Federation*.

Chen, C.H. , Wong, S.Y. , Chang, M.Y. (2001). *Women's Perceptions of Helpful and Unhelpful Nursing Behaviors During Labor: A Study in Taiwan*. *Birth* 2001; 28(3): 180-5.

Chen, C.Y. , Wang, K.G. (2006). *Are routine interventions necessary in normal birth?* *Taiwanese J Obstet Gynecol* 45 (4): 302-306.

Chuma, C. , Kihunrwa, A. , Matovelo, D. , Mahendeka, M. (2014). *Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; (14): 68.doi: 10.1186/1471-2393-14-68.

Clark, S. , Belfort, M. , Saade, G. , et al. (2007). *Implementation of a conservative checklist- based protocol for oxytocin administration: maternal and newborn outcomes*. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197: 480.e1-5.

Cleary-Goldman, J. , Cornelisse, K. , Simpson, L.L. , Robinson, J.N. (2005). *Previous Cesarean Delivery: Understanding and Satisfaction With Mode of Delivery in a Subsequent Pregnancy in Patients Participating in a Formal Vaginal Birth After Cesarean Counseling Program*. *American Journal of Perinatology* 2005;22(4):217-21.

Cleeton, E.R. (2001). *Attitudes and Beliefs about Childbirth among College Students: Result of an Educational Intervention*. *Birth* 2001; 28(3): 192-201.

Coşar, F. , Demirci, N. (2012). *Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi*. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Coskun, G. (2003). *Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi*. Mersin Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2003.

Cott, A.D. , Wisner, K.L. (2003). *Psychiatric disorders during pregnancy*. International Review of Psychiatry 2003;15: 217-230.

Creedon, D. , Akkerman, D. , Atwood, L. , Bates, L. , Harper, C. , Levin, A. , et al. Guideline.gov [Internet]. United States: Institute for Clinical Systems Improvement, 2013 [Cited: 30.03.2014]. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=44346>.

Cunningham, FG. , Gant, NF. , Leveno, KJ. (2001). *Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: Williams Obstetrics*, 21st Ed p:537-565.

Çapık, A. , Sakar, T. , Yıldırım, T. , Karabacak, K. , Korkut, M. (2016). *Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 19:2

Çatak, B. , İkişık, H. , Kartal, S.B. , Öner, C. , Uluç, H.H. , Seğmen, Ö. (2012). *İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma*. Perinatoloji Dergisi 2012;20(3):126-134.

Çatak, B., Öner, C. , Gülay, M. , Baştürk, S. , Oğuz, İ. , Özbek, R. (2014). *Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği*. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (2): 63-69.

Çelik, S.A. , Türkoğlu, N. , Pasinlioğlu, T. (2014). *Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;17:3

Çetinkaya, Ş.E. , Söylemez, F. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Gynecol Obst 2008;1: 27-32.

Çobanlar Akkaş S. (2014). *Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum*. Aydın.

Çoker, H. (2009). *Hamilelikte Lamaze Felsefesi*. Erişim: 10.10.2009 <http://www.doğaldogum.com>.

Dahlberg, U. , Aune I. (2013). *The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care*. Midwifery 29(2013)407-415.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Das, Z. Kadınlara Doğum Sonu Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanımına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi, Sivas,1998.

Dawood, F. , Dowswell, T. , Quenby, S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (6): CD007715. doi: 10.1002/14651858.CD007715.pub2.

Debono, D. , Travaglia, J. (2009). Complaints and patient satisfaction: A comprehensive review of the literature. University of New South Wales, Centre for Clinical Governance Research in Health, 4, 5,14,15, 27, 38.

Dede, H.(2016). Epizyotomi Gerekli mi? Ne zaman? Nasıl? . Kuru Hastaneleri Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi. Ankara

Downe, S. , Gyte, GML. , Dahlen, H.G. , Singata, M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (7): CD010088. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Douglas, S. , Cervin, C. , Bower, K.N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. Can Fam Physician, 53(5), 875-9.

Dölen, I. , Özdegirmenci, Ö. Optimal sezaryen hizi ne olmalıdır? Türkiye'de ve dünyada güncel nedir? TJOD Uzmanlık Sonrasi Eğitim Dergisi, 2004; 7: 113-117.

Dönmez, S. , Sevil, Ü.(2009). Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3

Dönmez, S. , Yeniçel, Ö. , Kavlak, O. (2014). Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2014;3 (3)

Duman, Z. , Köken, N.G. , Şahin, F.G. , Coşar, E. , Arıöz, D.T. , Aral, İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatol Derg 2007; 15:1-7.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Duran, E.H. , Eroğlu, D. , Sandıkçı, N. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği Üzerine Prospektif Bir Randomize Çalışma. T Klin Jineköl Obst, 12(1):16-19

Duran, E.T. , Atan, Ş.Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(3) : 83-88.

Durmaz, A. , Buğdaycı, R. (2013). Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler. Turk J Public Health 2013;11(2)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması 2014. WHO website (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Dyson, L. , McCormick, F.M. , Renfrew, M.J. Interventions for Promoting the Initiation of Breastfeeding (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;2:CD001688.

Eason, E. , Labrecque, M. , Wells, G. , Feldman, P. (2000). Preventing Perineal Trauma During Childbirth. A Syst Rev. Obstet Gynecol. 2000; 95(3):464-471.

Eker, A. , Yurdakul, M. (2008). Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. Mersin Üniv. Sağlık Bilim Dergisi,1(1): 26-35.

Elveren, C. (2008). Aydın Doğumevinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Er, S. , Saruhan, A. (2007). Doğum Sonu Kanamalarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2007;21(4): 210-221.

Ezeanochie, M. C. , Olaqbuji, B. , Ande, A. (2013). Women's concerns and satisfaction with induced labour at term in a Nigerian population. Niger Postgrad Med. J., 20(1): 1-4.

Fabian, H.M. , Radestaj, I.J. , Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. Acta Obstet Gyenecol Scand. 2005; 84:436-443.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Fair, C.D. , Morrison, T.E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery* 2012; 28:39-44.

Feng, X. , Xu, L. , Guoa, Y. & Ronsmansc, C. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ* 2012;90:30–39A | doi:10.2471/BLT.11.090399

Fenwick, J. , Gamble, J. , Nathan, E. , Bayes, S. , Hauck, Y. (2009). Pre-And Postpartum Levels Of Childbirth Fear And The Relationship To Birth Outcomes İn A Cohort Of Australian Women. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (667–677)

Ferri, C. , Procianoy, R.S. , Silveira, R.C. (2014). Prevalence and risk factors for iron-deficiency anemia in very-lowbirth-weight preterm infants at 1 year of corrected age. *Journal of Tropical Pediatrics* 2014;60(1):53-60

Fidan, D. , Pınar, G. Doğum Yapmış Annelerin Empatik İletişim Açısından Ebe ve Hemsirelerden Beklentileri. 4. Uluslararası 11. Ulusal Hemsirelik Kongresi, Baskent Üniversitesi İhsan Doğramacı Konferans Salonu, 5-8 Eylül, 2007: 64.

Fisher, C. , Hauck, Y. , Fenwick, J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Soc Sci Med* 2006; 63:64–5.

Fritel, X. , Schaal, J.P. ,Fauconnier, A. , Bertrand, V. , Levet, C. & Pigné, A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. 2008 Jan; 115(2): 247–252.

Gale, J. , Fothergill-Bourbonnais, F. , Chamberlain, M. (2001). Measuring nursing support during childbirth. *Am J Matern Child Nurs.* 26(5), 264–71.

Gee, R.E. , Corry, M.P. Patient engagement and shared decision making in maternity care. *Obstet Gynecol* 2012;120:995–7.

Gibbons, L. , Belizan, J.M. , Lauer, J.A. , Betran, A.P. , Merialdi, M. , Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *AmJ Obstet Gynecol* 2012;206:331.e1–19.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Gölbashi, Z. , Kelleci, M. , Kısacık, G. *Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma*. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı 2007;s. 255.

Gözükara, F. , Eroğlu, K. *Sezeryan Doğum Artışını Önlemenin Bir yolu: "Bir Sezeryan Hep Sezeryan" Yaklaşımı Yerine Sezeryan Sonrası Vaginal Doğum ve Hemşirenin Rollerini*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011; 89-100.

Gözükara, F. (2008). *İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler*. Ankara.

Guedes, GW. , Sousa, MNA. , Lima TNFA. , Lima, MNFA. , Davim, RMB. , Costa, TS. (2016). *Pregnant Women Knowledge About The Benefits Of Normal Birth*. In Prenatal Consultation. Journal of Nursing UFPE on line, 10(10), 3860-7. DOI: 10. 5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201618

Gül, N. (2008). *Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması Uzmanlık Tezi*. İstanbul.

Güler H. , Dağlar G. *Ebelerin Doğum Anında Anneye Verdiği Bakım Hizmeti: Annelerin Değerlendirmeleri ve Beklentileri*. Artemis, 2004; 5(1)42-47.

Güleşen, A. , Yıldız, D. *Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013: 12(2)

Günel, G.B. *Geri Dönüşü Olmayan Karar "Sezaryen."* [Internet]. Available from: <http://www.hastahaklari.net/Files/Sezaryen%20Raporu.pdf> (accessed on 5 August 2015).

Güngör, İ. (2009). *Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.

Güngör, İ. , Rathfish, Y.G. *Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar*. HEMAR-G 2009;11(2):56-65.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Güngör, İ. , Beji, N.K. (2007). Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research* 29(2), 213–231.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. ISBN:978-975-491-390-3 Ankara - 2014. ss:157-177.

Harris, T. , Munro, J. , Jokinen, M. Third stage of labour. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour- The Royal College of Midwives* 2012;1-94

Hatem, M. , Sandall, J. , Devane, D. , Soltani, H. , Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2

Hauck, Y. , Stoll, K. , Hall, W. , Downie, J. (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents.

Health.qld.gov.au [Internet]. Australia: Centre for Healthcare Improvement, 2012 [Cited: 31.03.2014]. Available from: http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_normbirth.pdf.

Heaman, M. Psychosocial Impact Of High Risk Pregnancy: Hospital And Home Care. *Clin Obstet Gynecol*. 1998; 41(3): 626-39.

Hodnett, E.D. , Gates, S. , Hofmeyr, G.J. , Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Lt

Hofmeyr, G.J. (2005). Evidence-based intrapartum care. *Best Practice ve Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 19(1): 103–115.

Hofmeyr, G.J. , Abdel-Aleem, H. , Abdel-Aleem, M.A. Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;3: CD006431.

Hollins Martin, C.J. , Martin, C.R. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery* 2014; 30:610-9.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Homsı, R. (1994). Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula.

Hong-Tian, Li. , Shusheng, L. , Leonardo Trasande, M.D. , Hellerstein, S. , Kang, C. , Li, J. , Zhang, Y. , Liu, J. , Blustein, J. (2017). Geographic Variations and Temporal Trends in Cesarean Delivery Rates in China, 2008-2014. JAMA January 3, 2017 Volume 317, Number 1

Hopkins, K. , Amaral, E. (2006). The Role Of Nonclinical Factors In Cesarean Section Rates in Brazil.

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA2013_sonuclar_sunum_2122014.pdf

<http://www.tavsanlidh.saglik.gov.tr/index.php/kurumsal111/hakkimizda11>

<http://www.kadinvecocuksagligi2016.org/gorseller/files/kitap-son-versiyon.pdf>

International Confederation of Midwives (ICM). International code of ethics for midwives. <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/>

International Code of Ethics for Midwives 2011. rev. pdf. 2014 [Accessed 3.10.15].

İçyeroğlu, G. , Karabulutlu, E. (2011). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(7): 67-81.

İgde Artiran, F. Sezaryen sonrası normal vaginal doğum. STED 2004; 13: 137-140.

İnanç, N. , Üstünsöz, A. (2003). Perinatal Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar. Perinatoloji Kongresi, Kongre Kitabı. İzmir.

Janssen, P.A. , Ryan, E.M. , Etches, D.J. , Klein, M.C. , Reime, B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. Birth. 2007;11(8):286-8.

Jespersen, J. ve ark. (2014). Fear Of Childbirth And Emergency Caesarean Section İn Low-Risk Nulliparous Women: A Prospective Cohort Study. Psychosom Obstet Gynaecol, 2014; 1-7.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Jordan, S. , Emery, S. , Watkins, A. , Evans, J.D. , Storey, M. , Morgan G. *Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey*. BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009; 16(1):1622-32. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x>

Jurdi, R. , Khawaja, M. *Caesarean section rates in the Arab region: a cross-national study*. Health Policy Plan 2004;19: 101-10.

Kamal, P. , Dixon-Woods, M. , Kurinczuk, J. , Oppenheimer, C. , Squire, P. , Waugh, J. *Factors influencing repeat caesarean section: qualitative exploratory study of obstetricians' and midwives' accounts*. Br J Obstet Gynaecol 2005;112:1054-60.

Kaplan, S. , Bahar, A. , Sertbaş, G. *Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk kaygı düzeylerinin incelenmesi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(1): 113-121.

Karabulutlu, Ö. (2012). *Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;20(3):210-18.

Karaçam, Z. , Eroğlu, K. (2003). *Effects Of Episiotomy On Bonding And Mother's Health*. J Adv Nur,43(4): 384-94

Karaçam, Z. , Ançel, G. *Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population*. Midwifery 2009;25: 344-356

Karahan, N. (2016). *İntrapartum Ebelik Hizmetlerinin Kapsam ve Kalitesi. Korum Hastaneleri Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi*. Ankara

Karakış, M. (2007). *Gebelik Sonlandırılmasında Misoprostol Uygulanması. Uzmanlık Tezi*.

Karakuş, A. , Sahin, N.H. (2008). *Women's Opinions And Perceptions Toward Birth Methods After Birth*. Eur J Contracept Reprod Health Care.

Kasai, K.E. *Women's opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital*. Midwifery 2010;26: 319-26.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kavuncubaşı, Ş. *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Siyasal Kitapevi. Ankara 2000. ss 291-304.

Keirse, MJNC. (1993). *Prostaglandins in preinduction cervical ripening. Meta-analysis of worldwide clinical experience*. J Reprod Med 38:89.

Kendrick, D et al. *Does Home Visiting Improve Parenting And The Quality Of The Home Environment? A Systematic Review And Meta-Analysis*. Arch Dis Child. 2000 Jun; 82(6): 443-451.

Kelly, A.J. , Malik, S. , Smith, L. , Kavanagh, J. , Thomas, J. *Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; (4): CD003101. doi: 10.1002/14651858.CD003101.pub2.

Kennedy, P. *Healthcare reform: Maternity service provision in Ireland*. Health Policy. 2010;97(2-3):145-51.

Kenyon, S. , Tokumasu, H. , Dowswell, T. , Pledge, D. , Mori, R. *High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour*. Cochrane Database of Syst Rev 2013;7:CD007201.

Khunpradit, S. , Lumbiganon, P. , Laopaiboon, M. *Admission tests other than cardiotocography for fetal assessment during labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; (6): CD008410. doi: 10.1002/14651858.CD008410.pub2.

Kılıç, M. *Sağlık ocaklarında görevli ebeler tarafından verilen doğum öncesi bakımın değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2009; 18(3) : 138-147.

Klabbers, G.A. , Van Bakel, H.J.A. , Van den Heuvel, M.M.A. , Vingerhoets, A.J.J.M. *Severe Fear of Childbirth: Its Features, Assesment, Prevalence, Determinants, Consequences and Possible Treatments*. Psychological Topics, 25 (2016), 1, 107-127.

Kocaman, G. *Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 5(2): 61-69.

Kosova, F. , Zeybek, Ö. , Göker, A. , Çalım, S. , Demirtaş, Z. *Postpartum Erken Dönemde Uygulanan Refleksolojinin Laktasyon Hormonları Üzerine Etkisi*. CBU-SBED, 2016, 3(4): 453-459

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kurki, T. , Hiilesmaa, V. , Raitasalo, R. , Mattila, H. , Ylikorkala O. *Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia*. *Obstetrics & Gynecology* 2000;95: 487-490.

Larkin, P., Begley, C.M. , Devane, D. "Not enough people to look after you": *An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland*. *Midwifery*. 2012; 28:98–105.

Larkin, P. , Begley, C.M. , Devane, D. *Breaking from binaries - using a sequential mixed methods design*. *Nurse Res*. 2014;21:8–12.

Larkin, P. , Begley, C. , Devane, D. *Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study*. *Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:19

Lauzon, L. , Hodnett, E.D. (2001). *Labour assessment programs to delay admission to labour wards*. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3*. Art. No.: CD000936. DOI: 10.1002/14651858.CD000936.

Lavender, T. , Hart, A. , Smyth, RMD. *Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (7): CD005461. doi:10.1002/14651858.CD005461.pub4.

Lawrence, A. , Lewis, L. , Hofmeyr, G.J. , Styles, C. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (10): CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Lazoğlu, M. (2014). *Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması*. Erzurum.

Leite AM, Linhares MBM, Lander J, Castral TC, Santos CB, Silvan SCG (2009). *Effects of Breastfeeding on Pain Relief in Full-term Infants*. *The Clinical Journal of Pain* 25(9): 827–32.

Lo, J.C. (2003). *Patients Attitudes vs. Physicians' Determination: Implications For Cesarean Sections*. *Social Science & Medicine*, 57: 91-96.

Lothian, J.A. (2000). *Why natural childbirth?*, *Journal of Perinatal Education*, 10581243, December 1, Vol. 9, Issue 4

Lothian. J.A. , Amis, D. , Crenshaw, J. *Care practice: no routine interventions*. *J Perinat Educ*. 2007; 16(3): 29-34.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Makuch, M.Y. *Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary*. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization; 2010.

McDonald, S.J. , Middleton, P. , Dowswell, T. , Morris, P.S. *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD004074.

McNiven, P.S. , Williams, J.I. , Hodnett, E. , Kaufman, K. , Hannah, M.E. (1998). *An early labor assessment program:a randomized, controlled trial*. *Birth* 25:5-10

Melender, H. , (2002). '*Experiences Of Fears Associated With Pregnancy And Childbirth: A Study Of 329 Pregnant Women, Birth*' 29: 2 (101-111)

Merkouris, A. , Ifantopoulos, J. , Lanara, V. , Lemonidou, C. (1999). *Patient satisfaction: A key concept for evaluation and improving nursing services*. *Journal of Nursing Management*, 7(1): 19-28.

Miller, D. , Miller, L.A. *Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;206(4): 278-83.

Moffat, M. , Bell, J. , Porter, M. , Lawton, S. , Hundley, V. , Danielian P, et al. *Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study*. *BJOG* 2007;114:86-93.

Mossialos, E. , Allin, S. , Karras, K. , Davaki, K. , et al. (2005). *An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals*. *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 3, 288-295

Moore, E.R. , Anderson, G.C. , Bergman, N. , Dowsell, T. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5: CD00319

Mussi, S. , Incerti, M. , Plevani, C. , Ghidini, A. , Pezzullo, J. , Locatelli, A. *Effect of oxytocin during labor on neonatal acidemia*. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2016; 29(19): 3098-3103

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Nallapeta, S. , Rajesh, S. , Burr, R. (2013). Out-Patient Propess Use (Controlled Release PGE2 Pessary) – Audit of Use in District General Hospital

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies, Nice Guideline 37, Erişim Adresi: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30146/30146.pdf>, (Erişim Tarihi:09.06.2013).

Okumus, F. , Sohbet, R. Antenatal care before caesarean section in rural Turkey. Br J Midwifery 2013;21:32–9.

Okumuş, F. (2016). Doğum Ortamı ve Doğum Desteği. Gebelik, Doğum ve Lohusa Kongresi.

Okumuş, H. , Mete, S. , Aytur, T. , Yenal, K. , Demir, N. Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıflarının etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fonu, 2001, Proje No:957.98.01.01.

Osis, M. , Cecatti, J. , Padua, K. , Faundes, A. (2000). Brazilian Doctors' Perspective On The Second Opinion Strategy Before A C-Section. Scientific Electronic Library Online, 40:2.

Özorhan EY., Ejder S., Şahin O.(2014). Gebelikte Ruh Sağlığı.

Özcan, Ş. , Aslan, E.(2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. F.N. Hem. Derg (2015) Cilt 23 - Sayı 1: 41-48.

Özdamar, K. (2003). Modern bilimsel araştırma yöntemleri. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özmen, A. , Tabak, R.S. Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi'ne başvuran gebelerin empatik iletişim açısından sağlık personelinden beklentileri. I. Ulusal Sağlığı Gelistirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi: Uluslararası Katılımlı, 9-12 Kasım Marmaris, 2006: 77.

Papagni, K. , Buckner, E. (2006). Doula support and attitudes of intrapartum nurses: A qualitative study from the patient's perspective. Journal of Perinatal Education 15(1) 11–18.

Pehlivan, H. (2016). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD). Koru Hastaneleri Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi. Ankara

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Pena, L. , Arulkumaran, S. (2003). *Cesarean Section For Non-Medical Reasons*. Int. J. Gynecol. Obstet., 82: 399-409.

Pierce, P.F. , Hicks, F.D. *Patient decision-making behaviour: an emerging paradigm for nursing science*. Nurs Res 2001;50:267-74.

Pınar, G. , Doğan, N. , Algier, L. , Kaya, N. , Çakmak, F. (2009). *Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler*. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J Cilt/Vol 36, No 3, 184-190

Pınar, G. , Pınar, T. *Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu*. Tıp Araştırma Dergisi. 2009; 7(3). 132-140.

Poikkeus, P. , Saisto, T. et al. *Fear of Childbirth and Pregnancy Related Anxiety in Women Conceiving with Assisted Reproduction*. Obstetrics & Gynecology 2006; 108(1): 70-6.

Rathfisch, G.(2009). *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, Sayı:3

Rathfisch, G.(2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Rayburn, W.F. , Wapner, R.J. , Barss, V.A. , Spitzberg, E. , Molina, R.D. , Mandsager, N. , Yonekura, L. *An intravaginal controlled-release prostaglandin E2 pessary for cervical ripening and initiation of labor at term*. Obstet Gynecol 79:374, 1992

Reija, L. (2009). *Preterm Birth and Hospitalisation: Experiences of mother and child*. Finland:University of Tampere

Revez, L. , Gatin, H.G. , Cuervo, L.G. (2007). *Enemas during labour*. Cochrane Database of Syst Rev. Issue 4. Art no: CD000330. DOI:10.1002/14651858. CD000330.pub2

Revez, L. , Gaitán, H.G. , Cuervo, L.G. *Enemas during labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (7): CD000330. doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.

Rijnders, M. , Baston, H. , Schönbeck, Y. , van der Pal, K. , Prins, M. , Green, J. & Buitendijk, S. (2008). *Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands*. Birth. 35;2:107-16. 444.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Roberts, C.L. , Torvaldsen, S. , Cameron, C.A. , Olive, E. (2004). *Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis*. BJOG 111:1333-40.

Robertson, E. , Grace, S. , Wallington, T. , Stewart, D.E. (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression-a synthesis of recent literature*. General Hospital Psy-chiatry 26,289-295.

Rosen, P. (2004). *Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers*. Journal of Midwifery and Women's Health 49(1), 24-31.

Ryding, E.L. , Wijma, B. , Wijma, K. et al. *Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency ceserean section*. ActaObstetrica Et Gynecologica Scandinavica 1998;77:542-7

Saglik.gov.tr [Internet]. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2012 [Erişim tarihi:30.03.2014]. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-74531/h/partograf-kullanimi-hakkinda-genelge.pdf>.

Saglik.gov.tr [Internet]. Saglik-istatistikleri-yilligi-2015-haber-bulteni-yayinl-.html

Saisto, T. , Olavi, Y. , Halmesmaki, E. (1999). ' *Factors Associated With Fear of Delivery in Second Pregnancies*' 94:5 (679-682)

Saisto, T. , Toivanen, R. , Salmelo-Aro, K. , Halmesmaki, E. (2006). *Therapeutic Group Psychoeducation And Relaxation In Treating Fear Of Childbirth*. Acta Obstetrica et Gynecologica, 85 (1315-1319)

Samur, G. *Anne sütü*. Ankara, Sağlık bakanlığı yayını, 2008. p. 7-10.

Sanisoğlu, S. (2016). *Türkiye'de Doğum Stratejileri ve Ulusal Veriler*. Korum Hastaneleri Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi. Ankara.

Savaş, E. , Bahar, A. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2011; 17(1):24-28.

Sayiner, D. , Özerdoğan, N.(2009).Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Sayiner, D.(2015). Doğumda Ebe Desteği.

Sayiner, F. , Özerdoğan, N. , Giray, S. , Özdemir, E. , Savcı, A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Perinatoloji Dergisi 2009;17(3):104-12.

Sevindik, F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevelansı ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ 2005.

Shabila, BMC. Pregnancy and Childbirth (2017) 17:22

Shorten, A. , Shorten, B. , Keogh, J. , West, S. , Morris, J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth after Cesareana. Birth 2005;32(4):252-61.

Singata, M. , Tranmer, J. , Gyte, GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (8): CD003930. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.

Slade, P. , Mac Pherson, S.A. , Hume, A. & Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. British Journal of Clinical Psychology, 32,469-483.

Smith, L.K. , Manktelow, B.N. , Draper, E.S. et al. Trends in the incidence and mortality of multiple births by socioeconomic deprivation and maternal age in England: population-based cohort study. BMJ Open 2014;4:e004514. doi:10.1136/bmjopen-2013-004514

Smyth, RMD. , Markham, C. , Dowswell, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (6): CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.

Stacey, D. , Bennett, C.L. , Barry, M.J. , Col, N.F. , Eden, K.B. , Holmes-Rovner M, et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database Syst Rev 2011;10. Art. No: CD001431.4

Subaşı, B. , Özcan, H. , Pekçetin, S. , Göker, B. , Tunç, S. , Budak B. (2013). *Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi*. Selçuk Tıp Derg, 29:4 (165-167)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Sunal, N. , Demiryay, A. *Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4:12.

Sütlü, S. , Çatak, B. , Kılınc, A.S. , Taşdemir, A.B. , Dinç, M. , Ayaş, H. *Doğum öncesi bakımın neresindeyiz? Toplum tabanlı bir araştırma*. Sted 2012;21(5):264-270.

Szeverenyi, P. , Poka, R. , Hetey, M. , Torok, Z. (1998). *Contents Of Childbirth-Related Fear Among Couples Wishing The Partner's Presence At Delivery*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 19 (38-43)

Şahin, N. , Dinç, H. , İşsiz, M. *Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler*. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009;40:57-62.

Şaşmaz, G. (2015). *Kadının Doğum Eylemindeki Destekleyici Bakım Algısı İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişki*.

Şirin, A. *Kadın Sağlığı*. 1.Baskı. İstanbul, Berday Yayıncılık 2008: 460-461.

Taşkın, L. (2003). *Riskli Doğum Eylemi*. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 6.baskı, Ankara, 292-293

Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.

Tatar, M. , Günalp, S. , Somunoğlu, S. , Demiral, A. (2000). *Women's Perceptions Of Caesarean Section: Reflections From A Turkish Teaching Hospital*. Social Science and Medicine, 50(9): 1227-1233.

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, İşgücü İstatistikleri, Ocak 2016
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21570> Erişim Tarihi: 10.02.2017.

Timur, S. , Şahin, N. (2010). *Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2010 -1

Tirlapur, S.A. , Zhang, W. , Batish, A. , Nakash, A. , Wright, A. (2010). *Comparing Efficiency and Outcomes of propess and prostin gel as a method of inducing labour*.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Todman, D.A. *History of caesarean section: from ancient world to the modern era*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;(47):357-61.

Turkish Ministry of Health. Labour and Cesarean Section Management Guide. Ministry of Health General Directorate of Maternal and Child Health and Family Planning. Ankara, Turkey: Damla Matbaacılık; 2010. Available at: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf> [Accessed 3.10.15].

Turnbull, D.A. , Wilkinson, C. , Yaşar, A. , Carty, V. , Svigos, J.M. , Robinson, J.S. (1999). *Women's Role And Satisfaction In The Decision To Have A Caesarean Section*. Med. J. Australia, 170:580-583.

Uçar, T. (2015). *Doğum öncesi ev ziyareti hizmeti verilen gebelerin memnuniyet düzeyleri*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences:2015;4(4)

Uğurel, V. (2007). *41 Hafta Üzeri Gebeliklerde Servikal Olgunlaşma ve Doğum İndüksiyonu Amacıyla D1 Noproston Vajinal Ovül ve D1 Noproston Vajinal Ovüle Düşük Doz Oksitosin İlavesinin Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi.

Uludağ, S. (2009). *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

Uzel, H. (2016). *İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri*. Celal Bayar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Varişoğlu, Y.Y. (2009). *Antenatal Bakımın Sezaryen Ve Normal Vajinal Doğum Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Verheijen, E.C. , Raven, J.H. , Hofmeyr, G.J. *Fundal pressure during the second stage of labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; (4): CD006067. doi:10.1002/14651858.CD006067.pub2.

Vırt, O. , Akbaş, E. , Savaş, H.A. , Sertbaş, G. , Kandemir, H. (2008). *Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy*. Archives of Neuropsychiatry 45, 9-13.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Villar, J. , Valladares, E. , Wojdyla, D. , Zavaleta, N. , Carroli, G. , Velazco, A. , Shah, A. , Campodónico, L. , Bataglia, V. , Faundes, A. , Langer, A. , Narváez, A. , Donner, A. , Romero, M. , Reynoso, S. , Simônia de Pádua, K. , Giordano, D. , Kublickas, M. , Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Vol 367 June 3, 2006

Yanikkerem, E.U. , Kitapçioğlu, G. , Karadeniz, G. *Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 13(5): 108-123.

Yanikkerem, E. , Göker, A. , Piro, N. *Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti*. Selçuk Tıp Dergisi, 2013;29(2): 75-81.

Yapça, Ö. , Karaca, İ. , Çatma, T. (2015). *Artan Sezaryen Oranlarını Nasıl Azaltabiliriz? Üç Yıllık Sezaryen Verilerimiz Eşliğinde Değerlendirme*. İKSST Derg 7(3):97-102.

Ye, J. , Betran, A.P. , Guerrero Vela, M. , Souza, J.P. , Zhang, J. *Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery*. Birth (Berkeley, Calif) 2014;41:237-44.

Yılmaz, M. *Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti*. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(2):69-74.

Yılmaz, M. *Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıta Dayalı Uygulama*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 9(1): 41-48.

Zhang, J. , Troendle, J. , Reddy, U.M. , Laughon, S.K. , Branch, D.W. , Burkman, R. et al. *Contemporary cesarean delivery practice in the United States*. Am J Obstet Gynecol 2010;203:326.e1-.e10.

Zizza, A. , Tinelli, A. , Malvasi, A. , Barbone, E. , Stark, M. , De Donno, A. et al. *Caesarean section in the world: a new ecological approach*. J Prev Med Hyg 2011;52:161-73.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Walburg, V. , Friederich, F. , Callahan, S. (2014). *Embarrassment and modesty feelings during pregnancy, childbirth and follow-up care: A qualitative approach*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2014 Vol. 32, No. 2, 126–136, <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.860518>

Waldenström, U. (1999). *Experience of labor and birth in 1111 women*. *Journal of Psychosomatic Research*, 47;5:471-82.

Waldenström, U. , Hildingsson, I. , Rubertsson, C. & Radestad, I. (2004). *A negative birth experience: Prevalence and Risk Factors in a national sample*. *Birth*,31;1: 17-26.

Weaver, J. *Choice, control, and decision-making in labour*. In: Clement S, editor. *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth*. Edinburgh: Church Livingstone; 1998. p. 81–99. 108. Widness JA. Pathophysiology of anemia during the neonatal period, including anemia of prematurity. *Neoreviews* 2008; 9(11):31-5.

WHO 2016. Infant and Young child feeding. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>.

Wittman, R.A. *Emancipation in decision making in women's health care*. *J Adv Nurs* 2004;47:437–55.

World Health Organization. Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia, 2014:4.

8-EKLER DİZİNİ

EK-1: ANKET FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KADINLARIN DOĞUM DENEYİMİ VE DOĞUM SONRASI MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ SORU FORMU

Soru Formu no:.....

Sevgili Gebeler,

Bu Soru Formu Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü'nde yapılmakta olan Yüksek Lisans Tez çalışması için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, doğumu yapan kadınların doğum deneyimlerini değerlendirmektir. Soru Formu için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyorum. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

1.YAŞINIZ ?

2.MEDENİ DURUMUNUZ ?

a)Evli b)Bekar c)Dul d)Boşanmış

3.EVLİLİK SÜRENİZ ?

4.EĞİTİM DURUMUNUZ ?

a)Okur Yazar Değil
b)Okur Yazar (Mezuniyet Yok)
c) İlköğretim
d)Lise
e)Yüksekokul

5.MESLEĞİNİZ ?

- a)Ev Hanımı
- b)İşçi
- c) Memur
- d)Serbest Meslek
- e)Diğer

6.SOSYAL GÜVENCENİZ ?

- a) Sgk
- b) Bağkur
- c) Emekli Sandığı
- d) Özel

7.EVE GİREN TOPLAM GELİRİ NASIL TANIMLARSINIZ ?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

8.DOĞUM ÖNCESİ TAKİBİNİZİ YAPAN KİŞİ ?

- a)Doktor
- b) Ebe
- c)Hemşire
- d) Diğer

9.DOĞUM ÖNCESİ KONTROLLER NEREDE YAPILDI ?

- a)Özel Muayene
- b)Özel Hastane
- c)Devlet Hastanesi
- d)Eğitim Araştırma Hastanesi
- e)Aile Sağlığı Merkezi
- f)Diğer

10.KAÇINCI GEBELİĞİNİZ ?

11.BUNDAN ÖNCEKİ GEBELİĞİNİZ SONLANMA ŞEKLİ ?

- a)Primipar
- b)Normal Doğum
- c)Sezaryen
- d)Ölü Doğum
- e)Küretaj
- f)Düşük

12.YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI ?

13.İSTEYEREK Mİ GEBE KALDINIZ ?

a) Evet b)Hayır

14.DOĞUM ÖNCESİ KONTROLLERE GİTTİNİZ Mİ ?

a)Evet b)Hayır (İSE 16. SORUYA GEÇİNİZ)

15.DOĞUM ÖNCESİ KONTROLLERE KAÇ KEZ GİTTİNİZ ?.....

16.DOĞUM ÖNCESİ EĞİTİM ALDINIZ MI ?

a)Evet b)Hayır (İSE 19. SORUYA GEÇİNİZ)

17.DOĞUM ÖNCESİ EĞİTİMİ KİMDEN ALDINIZ ?

a)Ebe b)Hemşire c)Doktor d)Diğer

18.DOĞUM ÖNCESİ EĞİTİMİN KONULARI NELERDİ ?

a)Emzirme b) Bebek Bakımı c)Aile Planlaması d)Diğer

19.DOĞUMUNUZU KİM YAPTIRDI ?

a)Doktor b)Ebe c)Hemşire d)Diğer

20.DOĞUMA YARDIMCI OLACAK DOKTOR/EBE/HEMŞİREYİ SEÇEBİLDİNİZ Mİ ?

a)Evet b)Hayır

21.DOĞUM ŞEKLİNİZDEN MEMNUN KALDINIZ MI ?

a)Evet b)Hayır

EK-2: DOĞUM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (DMÖ)

	KATILMIYORUM	KISMEN KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
Doğumumla iyi baş edebildim.					
Doğumhane personeli istediğim doğum şekli konusunda beni cesaretlendirdi.					
Doğumum için iyi hazırlandım (örn: çok kitap okudum ve/veya doğuma hazırlık sınıfına katıldım, vs.).					
Benim için doğum stresli bir deneyimdi.					
Doğumum çok kolay oldu.					
Sağlıklı normal bir doğum yaptım.					
Doğum süresince etkin bir tıbbi bakım aldım.					
Doğumum çabuk ve hızlı oldu.					

Doğum eylemim süresince partnerim bana çok destek oldu.					
Doğumdan sonra zamanımın büyük bir kısmında bebeğimi kucağıma almam konusunda cesaretlendirildim.					
Doğumum planladığımdan çok farklı oldu.					
Doğumumun başından sonuna kadar benimle aynı ebe ilgilendi.					
Doğumhanenin tehlikesiz ve rahat olduğunu hissettim.					
Doğum süresince ve doğumda çok endişeliydim.					
Doğumumu kontrol edemediğimi hissettim.					

Doğum süreci hakkında önceden bilgi sahibi olmasam daha iyi olurdu.					
Doğum süresince hiçbir sıkıntı yaşamadım.					
Bu doğumdaki tecrübemde çok hasar görmüş ve vücudumda n bir parça gitmiş gibi hissettim.					
Çok kolay bir şekilde engellenebilecekken, bebeğim doğumda zarar gördü.					
Doğum sırasında benimle ilgilenen personel bana yetersiz tıbbi bakım uyguladı.					
Doğal doğum yaptım (ör: Çok az tıbbi girişim uygulandı).					

Doğumumu n çok uzun sürdüğünü düşünüyorum.					
Doğum eylemim süresince ve doğumda doğum ekibi tarafından iyi desteklendiğimi hissettim.					
Doğumdan sonra oldukça uzun bir süre bebeğimden ayrı kaldım.					
Doğumum plandığım gibi gerçekleşti.					
Doğum eylemim süresince ekibinin benimle iletişimi güzeldi.					
Doğum odası temiz ve hijyenikti.					
Doğum yapmak inanılmaz derecede ağrılı bir olaydı.					

Doğum tahmin ettiğim kadar ağırlı bir olay değilmiş.					
--	--	--	--	--	--



EK-3 : AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Kütahya Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Deneyimlerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmamızda verdiğiniz bilgiler, doldurduğunuz bireysel özellikler herhangi bir yerde yayınlanmayacak ve isminiz deőifre edilmeyecektir. Anketler ve veriler değerlendirildikten sonra araştırmacı tarafından yok edilecektir.

“Kütahya Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Deneyimlerinin Değerlendirilmesi” isimli çalıőmanızın amacını ve benden istenenleri öğrendim. Çalıőmanız içinde olmayı kabul ediyorum.

Hasta No:

Hastanın Adı Soyadı :

Hastanın Doğum Tarihi :

Tarih :

Hastanın İmzası :

Araőtırmacının İmzası:

EK-4: ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raporör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim
Dalı

Prof. Dr. Setenay DİNÇER
ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim
Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Koray HARMANCI
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi
Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARIÇİÇEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/G - 99
Konu: Karar – Büşra UYSAL

28 Nisan 2016

7 0 - 1111

Sayın; Doç. Dr. F. Deniz SAYINER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz “Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

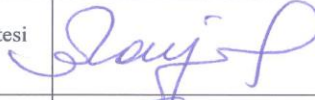


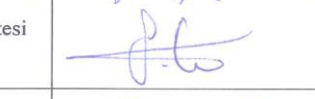





Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
KARAR FORMU

Başvuru Tarihi: 04.02.2016	Çalışmanın Başlığı: YENİ ADI: “Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi” ESKİ ADI: “Kadınların Doğum Deneyimlerinin Değerlendirilmesi” Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi– Doç. Dr. F. Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Büşra UYSAL (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 01.03.2016	Sonuç: <ol style="list-style-type: none">1. Başlık çalışmanın içeriğini gösterir şekilde yeniden düzenlenmelidir.2. Aydınlatılmış Onam Formu doğum yapan kişiye hitaben başlamalıdır. Araştırmanın amacı yanıtlanması istenen ölçeklere ilişkin bilgiyi içermeli, katılımın gönüllük esasına dayalı olacağı, dilerse gönüllü katılımcının soruları yanıtlamaktan vazgeçebileceği ve bu nedenle bir hak ihlaline uğramayacağı ifade edilmiş olmalıdır.3. Bu araştırma için kullanılacak veri toplama formları eklenmelidir.4. Araştırmada “The Birth Satisfaction Scale” kullanılacaksa gerek ve yöntemde açıkça belirtilmelidir.5. Gereç ve yöntemde parametre olarak ifade edilen değerler birer değişken olduğundan metin bu kapsamda düzeltilmelidir.6. Çalışma protokolü 5 numaralı başlıkta sadece istatistiksel analiz ile değerlendirilecektir ifadesi yeterlidir, diğer bilgilere şu aşamada gerek görülmemiştir. $P < 0.05$ gibi bir sınırlamaya gerek yoktur.
Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 25.03.2016	Büşra UYSAL’ın (Yüksek Lisans Tez Sahibi) yazısı 01 Mart 2016 tarihli Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu görüşüne göre; değiştirmem gereken maddeler tarafımda değiştirilmiş ve ektedir. <ol style="list-style-type: none">1. Araştırmanın Başlığı (Başlığın değişmesinden ötürü dilekçe, başvuru formu, tez önerisi, taahhütnameler ve çalışma protokolünün başlık kısımları değiştirilip eklenmiştir).2. Aydınlatılmış Onam formu kurulun görüşü doğrultusunda değiştirilmiştir. Ektedir.

	<ol style="list-style-type: none">3. Veri toplama formu eklenmiştir.4. Kullanacağım ölçek “The Birth Satisfaction Scale” ve puanlaması ektedir, gerek ve yöntemde açıkça belirtilmiştir. Ektedir.5. Çalışma protokolünde parametre olarak ifade edilen değişkenler tek tek açıklanmıştır.6. Çalışma protokolü 5 numaralı başlık kurulun görüşüne uygun olarak değiştirilmiştir ve ektedir.
Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi: 18.04.2016	Sonuç: <ol style="list-style-type: none">1. Araştırma süresince hasta haklarına uyum zorunludur.2. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken tedbirler alınmalıdır.3. Araştırmada kayıtların gizliliği esastır.4. Helsinki Bildirgesi 2013’e göre “araştırmacı katılımcı kişilerin özel yaşamını ve kişisel bilgilerin gizliliğini korumak için her türlü önlemi almak zorundadır.5. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesi (2013) ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzunun son versiyonunu imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.6. Araştırmacıların yetkin ve bu çalışma için yetkili oldukları anlaşılmaktadır.
Karar Tarihi: 18.04.2016 Karar No: 03	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doç.Dr.F.Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Büşra UYSAL (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütülen “ <i>Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi</i> ” başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8 Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9 Prof. Dr. Koray HARMANCI	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi Bilim Dalı	
10 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12 Av. Önder CAN	Hukuk	

EK-5: TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU KÜTAHYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ'NDEN ALINAN ÇALIŞMA İZİNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KARAR NO : 1
KARAR TARİHİ : 19.01.2016

ÖN İZİN BAŞVURU KOMİSYONU KARARIDIR

TKHK Destek ve İdari Hizmetler Başkan Yardımcılığının 22.04.2014 tarih ve 2014.1304995.209 sayılı Klinik Araştırmalarda Ön İzin Süreci hakkındaki yazıları ile Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönergenin 6. Maddesine istinaden Genel Sekreterliğimize başvuru klinik araştırma ile bilimsel araştırma ve proje çalışmalarını değerlendirmek ve yürütmek üzere Genel Sekreterlik Oluru ile oluşturulan Komisyonunda;

Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra UYSAL'ın "Kadınların Doğum Deneyimlerinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasına ait anket çalışmasını Birliğimize bağlı Tavşanlı Doç.Dr.Mustafa Kalemli Devlet Hastanesinde uygulayabilmesi amacıyla istenilen ön izin başvuru evrakları "**Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge**" kapsamında Genel Sekreterlik Makamının 14.01.2016 tarih ve 38627517-903.07.02 sayılı oluru ile oluşturulan İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek, çalışma Etik kurul izinlerinin alınması, çalışma tarihlerinin bildirilmesi, çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimize sunulması ve Sağlık Bakanlığı'nın 07.01.2013 tarih ve 145 sayılı yazılarındaki kısıtlar ve sonuçlarını Genel Sekreterliğimizden izin alarak paylaşmak koşuluyla oy birliğiyle uygun görülmüştür.

Uzm.Dr. Sabahattin ALTINTAŞ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Uzm.Dr. Mesut KARACA
İdari Hizmetler Başkanı

Mevlüt YILDIZ
Mali Hizmetler Başkanı

Doç.Dr. Fatih OĞHAN
Hastane Yöneticisi

Dr. Neslihan ÜNAL
Uzman

H.Gülçin AĞAHOĞLU
Uzman

Adres : Ali Paşa Mh. Abdurrahman Karaa Bulv. No: 13 Kat: 1
Konak Rezidans 43100/KÜTAHYA
Tel: (0274) 2236070 Faks: (0274) 2236059
e-posta: khb43.egitim@saglik.gov.tr İnternet Adresi : kutahya.khb.saglik.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeliha CEYLAN
Uzman
Kurum Dahili Tel : (0274) 2236070 177

9-ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı :Buşra UYSAL
Doğum tarihi ve yeri :23.07.1990/ Bursa
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu :Bekar
İletişim adresleri :busrauysal90@gmail.com

Eğitim Durumu

Lisans : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü - 2013
Yüksek Lisans : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ebelik Yüksek Lisans Programı – 2016

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim

Kütahya Halk Sağlığı Tavşanlı Toplum Sağlığı Merkezi Emirler Sağlık Evi - Ebe / 2014-Halen

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Ebeler Derneği

Bilimsel Etkinlikler

Sözlü Konferans veya Seminerler

- ESKİŞEHİR HEMŞİRELİK HAFTASI ETKİNLİKLERİ- KANITA DAYALI UYGULAMALARDA HEMŞİRELİ – ESKİŞEHİR (2012)
- YENİDOĞAN BESLENMESİ TOPLANTISI- ESKİŞEHİR (2013)
- 4. ULUSAL EBELİK ÖĞRENCİ KONGRESİ- SAMSUN (2013)
- 1. ULUSLARARASI 5. ULUSAL EBELİK KONGRESİ- ESKİŞEHİR (2014)

