

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KOCAELİ İLİ DERİNCE İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI
GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ, DOĞUM ŞEKLİ VE BUNLARI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Ebru KARACA

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

KOCAELİ – 2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KOCAELİ İLİ DERİNCE İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI
GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ, DOĞUM ŞEKLİ VE BUNLARI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Ebru KARACA

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN

KOCAELİ – 2019

İÇİNDEKİLER TABLOSU

TEŞEKKÜR	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Üreme Sağlığı	4
2.2. Güvenli Annelik.....	5
2.2. Doğum Öncesi Bakım.....	6
2.2.1. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	7
2.2.2. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	9
2.3.1. Vajinal Doğum	9
2.3.2. Sezaryen Doğum	10
2.4. Sezaryen Doğum Sıklığı	14
2.4.1. Dünya’da Sezaryen Doğum Sıklığı.....	14
2.4.2. Türkiye’de Sezaryen Doğum Sıklığı.....	19
2.4.3. Sezaryen Doğum Sıklığının Artış Nedenleri.....	20
2.5. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler.....	22
2.6. Doğum Korkusu.....	24
2.7. Emzirme.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Yeri	28
3.2. Araştırmanın Tekniği.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneği.....	28
3.4. Araştırmaya Alma Kriterleri:.....	29
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	29
3.5.1. Araştırmanın Ana Hipotezi	29
3.5.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri.....	30
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	30
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	31
3.7. Araştırmanın Veri Kaynağı.....	32

3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Tanıtımı	32
3.9. Araştırmanın Uygulanması	33
3.10. Araştırma İle İlgili İzinler	33
3.11. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi	34
3.12. Verilerin Toplanması	34
4. BULGULAR	36
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	36
4.1.1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri	36
4.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri	39
4.1.3. Katılımcıların Postpartum Özellikleri	49
4.2. Tek Değişkenli Analizler	52
4.2.1. Kadınların Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri ve Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	52
4.2.2. WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu İle İlgili Analizler	67
4.3. Çok Değişkenli Analiz	71
5. TARTIŞMA	73
5.1. Tanımlayıcı İstatistikler	73
5.1.1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri	73
5.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri	75
5.1.3. Katılımcıların Postpartum Özellikleri	79
5.2. Tek ve Çok Değişkenli Analizler	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
6.1. SONUÇ	85
6.2. ÖNERİLER	87
7. ÖZET	90
8. ABSTRACT	91
9. EKLER	93
10. KAYNAKÇA	107

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde emeğini ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım olan değerli hocam Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan'a,

İlkokuldan başlayarak bütün eğitim ve öğretim hayatım boyunca eğitimime katkısı olan bütün öğretmenlerime,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görev yapan ve asistanlık süresi boyunca desteğini sunan hocalarım ve asistan arkadaşlarıma,

Her zaman sevgi ve fedakarlıklarıyla bana örnek olan annem Melike Çobanoğlu, babam Necmi Çobanoğlu ve ağabeyim Engin Çobanoğlu'na

Özverisi ve desteği ile hep yanımda olan eşim Ömer Karaca'ya

Hayatın bana verdiği en güzel hediye oğlum Mustafa Kağan Karaca'ya sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak Türk milletine her konuda ilham olan, bilimin insanlık için en önemli kılavuz olduğu öğüdünü veren, Türk kadınına toplumsal hayatın eşit bir paydaşı olarak gören, toplumsal hayatta hakettiği yeri alması için sosyal, kültürel, hukuk ve eğitim alanlarında devrimler yapan, eğitim hakkımı borçlu olduğum Türkiye Cumhuriyetinin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ü minnet ve özlemlerle anıyorum.

KISALTMALAR DİZİNİ

KISALTMA AÇIK ŞEKLİ

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSM IV	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SİY	Sağlık İstatistikleri Yıllığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TL	Türk Lirası
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TV	Televizyon
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
WDEQ A	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğum Öncesi Bakım İçin Önerdiği Görüşme Zamanları, 2016	7
Tablo 2. Bölgelere Göre Gebelik Boyunca Eğitimli Sağlık Personeli Tarafından En Az Bir Kez ve En Az Dört Kez Doğum Öncesi Bakım Alan 15–49 Yaş Grubundaki Kadınların Yüzdesi	8
Tablo 3. Birleşmiş Milletler Sınıflamasına Göre Bölge ve Alt Bölgelere Göre Dünyada Sezaryen Doğum Sıklıkları 2014.....	16
Tablo 4. Bölgelere Göre 2000 ve 2015 Yılı Sezaryen Doğum Sıklıklarının Karşılaştırılması	17
Tablo 5. Bölgelere Göre Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Emzirme Yüzdesi,2017. 27	
Tablo 6. Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı ve Araştırmaya Katılan 28 Haftalık ve Üstü Gebelerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Sayı ve Yüzdesi..	29
Tablo 7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	35
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri	37
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Hanehalkı Kişi Sayısı ve Aylık Gelir Dağılımı ..	38
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	38
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik ve Gebelik Haftası İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	40
Tablo 12.Araştırmaya Katılan Gebelerin Daha Önceki Gebeliklerinin Özellikleri	41
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinin Özellikleri.....	43
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelikleri İle İlgili İzlem Özellikleri	43
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi, Doğum Yöntemi veya Gebelikle İle Bilgi Alma Durumları.....	44
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Şekli Tercihi İle İlgili Özellikler.....	45
Tablo 17.Doğum Şekli Tercihi Nedenleri	47
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Yapmayı Düşündüğü Kurum İle İlgili Özellikler	48
Tablo 19.Araştırmaya Katılan Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puan Dağılımı.....	48
Tablo 20.Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puan Gruplaması	49
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğumla İlgili Özellikleri.....	51
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sezaryen Doğum Nedenleri	52
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğumdan Sonra Emzirmeye Başlama Zamanları	52
Tablo 24. Yaş Grupları ve Eğitim Durumuna Göre Doğum Tercihi ve Doğum Şeklinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 25. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri .	55
Tablo 26. Aylık Toplam Gelir ve Kişi Başına Düşen Aylık Gelir Düzeyleri	55

Tablo 27. Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri.....	56
Tablo 28. Kadınların Daha Önceden Doğum Yapma Durumları ile Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli	57
Tablo 29. Kadınların İstemli Düşük, İstemsiz Düşük ve Ölü Doğum Yapma Durumları ile Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli	58
Tablo 30. Gebeliğin Planlı Olması Durumuna Göre Doğum Tercihi ve Doğum Şekli.....	59
Tablo 31. Gebelik İzlem Yerine Göre Kadınların Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli	60
Tablo 32. Doğum Eğitimi Alma Durumuna Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli	60
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum ve Gebelik İle İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri	61
Tablo 34. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Yapan Kişinin Verdiği Bilgileri Yeterli Bulma Durumlarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri.....	62
Tablo 35. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Tercihleri ile Gerçekleştirdikleri Doğum Şeklinin Karşılaştırılması	63
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Yaptıkları Haftaya Göre Kadınların Doğum Şekli	64
Tablo 37. Doğum Yaptığı Yere Göre Kadınların Doğum Şekli.....	65
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Şekline Göre Emzirme Zamanı.....	65
Tablo 39. Doğum Şekline Göre Aynı Doğum Şeklini Tercih Etme Durumları	66
Tablo 40. Araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan dağılımı	67
Tablo 41. Araştırmaya Katılan Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Puanlarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli	68
Tablo 42. Bazı Özelliklere Göre W-DEQ A Versiyonu İlk Uygulama Puan Dağılımı.....	69
Tablo 43. Sezaryen Doğuma Etki Eden Faktörler Lojistik Regresyon Modeli.....	72

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. OECD Ülkeleri Sezaryen Sıklıkları,2016	18
Şekil 2. Sağlık İstatistik Yıllıkları Sezaryen Doğum Sıklıklarının Yıllara Göre Değişimi Yüzdesi	20



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın sağlığı; doğurganlık, cinsellik ile ilgili birçok faktörün ve sağlığı etkileyen toplumsal koşulların çerçevesinde ele alınmaktadır. Menarş ve menopoz arasındaki yıllarda, kadınların sağlık ihtiyaçları büyük ölçüde doğurganlıkla ilgilidir.¹ 1994'te Kahire'de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Üreme sağlığı gündeme gelmiştir.² Üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürebilmeleri, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Burada anlatılmak istenen, kadın ve erkeklerin seçtikleri güvenli, etkili, uygun fiyatlı, kabul edilebilir aile planlaması yöntemlerinden haberdar olma, bunlara erişme hakkı, kadınların gebelik ve doğum süreçlerini güvenli bir şekilde geçirerek çiftlere sağlıklı bir bebek sahibi olma şansını en iyi şekilde vermelerini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerine erişim hakkıdır.³ Konferans sırasında, dünyanın her bölgesi için güvenli annelik konferansı düzenlenmiş ve güvenli annelik, üreme sağlığının temel bileşeni olarak kabul edilmiştir.⁴ Güvenli annelik tüm kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında gereksinimi olan yeterli bakımı bütüncül bir yaklaşımla elde etmelerini sağlamaktır.⁵ Gebelik sırasında, doğum süresince ve doğum sonrasında kadınlar çeşitli risklerle karşılaşmaktadır. Bununla birlikte, doğumun sonucu annenin iyiliği için tek önemli faktör değildir. Araştırmalar bir kadının gebeliği ve doğumu sırasında yaşadığı tecrübelerinin çocuğu ile olan ilişkisini ve ilerideki doğum deneyimlerini etkileyebileceğini göstermiştir.⁶ Doğum birçok boyutta, çok yönlü ve her kadın için eşsiz olan bir deneyimdir. Kadınların gebelik ve doğum ile ilgili beklentileri ve deneyimleri olumlu duyguların yanında endişe ve korkularını da içeren hem olumlu hem de olumsuz bir süreçtir.⁷ Doğum yapmaya hazırlanırken kadınlar bilerek veya bilmeyerek, bir doğum planı geliştirirler. Doğum planları genellikle kadının doğum yapmak istediği yer, doğumu kimin yaptıracağı ve hangi tıbbi müdahale ve ağrı kesici yöntemlerinin kullanılacağı gibi bilgileri içermektedir. Doğum planı, bir kadının doğum için beklentilerini ana hatlarıyla açıklayan ve bir kadın ile doğum sürecinde bakımını üstlenecek sağlık personelleri arasındaki iletişimi sağlayan bir araçtır.⁶ Gebeliklerin çoğunda tercih edilen doğum şekli spontan vajinal doğumdur. Spontan vajinal doğum normal olan doğum şeklidir, ancak maternal veya fetal komplikasyonlar nedeni ile operatif vajinal doğum veya sezaryen doğum gerekebilir. Sezaryen doğum ile karşılaştırıldığında, spontan vajinal doğumda maternal enfeksiyon, hemoraji, anestezi komplikasyonları ve peripartum histerektomi riski daha

düşüktür. Ancak pelvik taban hasarı gibi riskler spontan vajinal doğum yapanlarda artabilir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar sezaryen doğum yapan kadınlarda da yaşla birlikte pelvik taban bozuklukları görüldüğünü ve bu açıdan sezaryen doğumun bir avantaj olmadığını göstermiştir.⁸ Sezaryen doğum laparotomi ve daha sonrasında histerotomi ile fetüsün doğumunu tanımlar. İki genel sezaryen doğum şekli vardır; primer olan ilk kez histerotomi yapılması, sekonder olan daha önceden bir veya iki defa yapılmış histerotomi insizyonu olduğu anlamına gelir.⁹ Sezaryen çok uzun yıllardan beri uygulanan majör bir cerrahi girişimdir ve hakkında çeşitli teoriler olsa bile kökeni belirsizdir.¹⁰ Sezaryen ile doğum için belirli endikasyonlar olmasına rağmen bu endikasyonlar kesin olmayıp olgunun özelliklerine göre doğum şeklinin gerçekleştirileceği ve bulunan koşullara göre karar verilmesi gereken durumlardır.¹¹ Sezaryen doğum dünyada ve ülkemizde en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir. Sezaryen doğum sıklığı son 30 yılda yükselerek Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği %10-15 olan optimum sezaryen sıklığının üstüne çıkmıştır. Sezaryen sıklığı 2015 yılı verilerine göre dünya çapında %21,1 olarak bildirilmiştir.¹² Ülkemizde bu sıklık Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 raporunda %21, TNSA 2008 raporunda %36,7, TNSA 2013'te %48 olduğu görülmektedir.¹³ Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2017 verilerine göre %53,1 olmuştur.¹⁴ Sezaryen doğumlardaki artışın nedeni çoktur ve hepsi birbiri ile bağlantılı olan birçok faktöre bağlıdır. Kadınların doğum tercihi, sezaryen doğum endikasyonlarının genişletilmesi, yasal problemler, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı, üremeye yardımcı tekniklerin artmış olması, kadınların statüsü gibi birçok faktör etki etmektedir.⁹ Annenin bebeği ve kendi sağlığı hakkında endişe duyması ve sezaryen doğumun daha güvenli olduğu inancı, daha önceki olumlu veya olumsuz doğum deneyimleri, doğum korkusu, epidural analjeziye ulaşamama, pelvik taban zedelenmesi, üriner inkontinans, cinsel yaşantıya olumsuz etki edeceği düşüncesi kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörler arasındadır.¹⁵ Doğum korkusu kadınlarda doğumdan korkma ve kaçınmaya yol açan patolojik bir korkudur. Yapılan araştırmalarla doğum korkusu sıklıkla artan sezaryen sıklıkları ile ilişkilendirilmiştir.⁷ Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişimdir ve tıbbi gerekçelerle yapılması gerekir. Vajinal doğumun bir alternatifi değildir.

Bu çalışma; daha önce sezaryen olmamış 28 haftalık ve üstü gebelerin doğum şekli tercihlerini, doğum şeklini ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın kısa erimli amacı: Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlık Merkezlerine kayıtlı 28 haftalık ve üstü gebelerde doğum şekli tercihi, doğum şekli ve bunu etkileyen faktörleri incelemektir.

Araştırmanın uzun erimli amacı: Gebelerin doğum şekli tercihini, doğum şeklini ve bunu etkileyen faktörleri tanımlayarak olası sağlık hizmeti gereksinimleri hakkında ipuçları elde etmek ve literatüre bu alanda bilgi sunmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı kavramı, 1994'te Kahire'de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında kabul görmüştür.² Üreme sağlığı; üreme sistemi, fonksiyonları ve işleyiş süreçleri ile ilgili konularda yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle, üreme sağlığı insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürebilmeleri, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Kadın ve erkeklerin seçtikleri güvenli, etkili, uygun fiyatlı, kabul edilebilir aile planlaması yöntemlerinden haberdar olmaları, bunlara erişebilmeleri; kadınların gebelik ve doğum süreçlerini güvenli bir şekilde geçirerek çiftlere sağlıklı bir bebek sahibi olma şansını en iyi şekilde vermelerini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleridir. Üreme sağlığı bakımı da üreme sağlığı sorunlarını önleyerek, çözerek üreme sağlığına katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetlerin bir araya getirilmesi olarak tanımlanmaktadır.³

Üreme Sağlığı hizmetlerinin kapsamı aşağıda verilmiştir:

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-egitim iletişim
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-egitim-iletişim ve danışmanlık
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme
- Bebek ve çocuk sağlığı
- Adolesan sağlığı ve cinselliği
- Genital yol enfeksiyonlarının etkin kontrolü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi

-Üreme organları malignansilerinin önlenmesi ve tedavisi

-Beslenme

-Sağlıklı yaşam biçimi

-Çevresel faktörlerin düzenlenmesi

-Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.¹⁶

2.2. Güvenli Annelik

Güvenli annelik kavramı tüm kadınların doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında gereksinimi olan yeterli bakımı bütüncül bir yaklaşımla elde etmelerini sağlamaktır.⁵ Yüksek olan maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla, Şubat 1987’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve birçok ülkenin katılımıyla Nairobi’de düzenlenen konferansta “Güvenli Annelik Girişimi” başlatılmıştır.^{5,17} Bu girişim gebelik ve doğum komplikasyonlarından dolayı her yıl ölen kadınlar hakkında farkındalık yaratarak dünyayı bir şeyler yapmaya zorlamayı amaçlamıştır. Daha sonra 1994 Kahire’deki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünyanın her bölgesi için güvenli annelik konferansı düzenlenmiş ve güvenli annelik, üreme sağlığının temel bileşeni olarak kabul edilmiştir. Yine 2000 yılında Binyıl Kalkınma Hedeflerine sekiz maddeden biri olarak eklendiği zaman maternal sağkalımın önemi güçlendirilmiştir. Güvenli annelik için gereken hizmetler ileri teknoloji ve yüksek maliyet gerektiren girişimler değildir, bu döneme ilişkin sorunlar yeterli ve özenli hizmet sunumuyla önlenabilir. Her gebelik risklerle karşı karşıyadır ve gebe bir kadın hiç ön uyarı olmadan hayatı tehdit eden komplikasyonlar geliştirebilir. Bu nedenle, tüm kadınların yaşamı tehdit eden komplikasyonlarını tespit edebilen ve yönetebilen kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişmeleri gerekmektedir.⁴ 2014 Binyıl Kalkınma Hedefi Raporu’na göre 2013 yılında dünya genelinde 300.000 kadın, gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden ölmüştür. Gelişmekte olan ülkelerdeki nitelikli sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranı 1990 ve 2012 yılları arasında yüzde 56 ile 68 arasında artmıştır. 2012 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki 40 milyon doğum, nitelikli sağlık personeli tarafından yaptırılmamıştır ve bu doğumlar içindeki 32 milyondan fazla doğum kırsal bölgelerde gerçekleşmiştir.¹⁸

2.2. Doğum Öncesi Bakım

Uluslararası İnsan Hakları Hukukunda devletlerin temel taahhütlerinde kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığını da içeren haklarından yararlanmalarının bir parçası olarak gebelik, doğum ve doğum sonrasında sağlık hizmetleri sunmak ve mevcut hizmetleri iyileştirmek bulunmaktadır.¹⁹ Dünya Sağlık Örgütü her yerde her gebe kadının ve yenidoğanın gebelik, doğum ve doğum sonrası için nitelikli hizmet alabildiği bir dünya öngörmektedir. Üreme sağlığı bakımı süresince, doğum öncesi bakım sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi dahil olmak üzere hastalıkların taraması, teşhisi ve tedavisi için bir platform sağlar. Zamanında ve uygun kanıta dayalı uygulamalarla doğum öncesi bakımın hayat kurtardığı bilinen bir gerçektir. En önemlisi de doğum öncesi bakım kadının hayatı boyunca kritik bir zamanında kadınlarla, ailelerle ve toplulukla iletişim kurma ve destek verme fırsatı sağlar. Kadınların doğum öncesi bakımdan beklentilerine bakıldığı zaman; anne ve bebek için sağlıklı bir gebelik, gebelikte fiziksel ve sosyokültürel olarak normallik, pozitif gebelik deneyimi, pozitif doğuma etkili geçiş, pozitif annelik (benlik saygısı, yetkinlik ve özerklik) içerdiği görülmektedir. Doğum öncesi bakım, anne ve bebek için en iyi sağlık koşullarını sağlamak amacıyla gebelik sırasında eğitilmiş sağlık personeli tarafından sağlanan bakım olarak tanımlanabilir. Doğum öncesi bakım risk tanımlaması, gebelikle alakalı veya gebelikle eş zamanlı olan hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi bileşenlerini içermektedir. Doğum öncesi bakım gebelikle ilgili hastalıkların tespit ve tedavi edilmesini sağlayarak direkt olarak doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonların risk artışını tanımlarken, indirekt olarak da maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltarak uygun bakım düzeyine yönlendirmeyi sağlar. Ek olarak, maternal ölüm ve maternal sağlıkta kötüleşmeye yol açacak nedenlere katkıda bulunan hastalıkların entegre hizmet sunumu yoluyla eşzamanlı olarak önlenmesi ve yönetilmesi için önemli bir fırsat sunmaktadır.²⁰ Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılmasının, gebeliğin olumsuz sonuçlarını önlemekte daha yararlı ve etkili olduğu bilinmektedir. Gebeliğin erken tespit edilmesi kadının genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesi açısından yararlı olacağı için, ilk ziyaret gebeliğin üçüncü ayından önce yapılmalıdır. Gebeliğin yedinci ayına kadar (ilk 28 hafta boyunca) her ay daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra 40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklinde olmak üzere doğuma kadar en az on doğum öncesi bakım

izlemi tavsiye edilmektedir.¹³ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002'de Temel Doğum Öncesi Bakım Modeli'nde önerdiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre ise bir gebe gebeliği boyunca en az dört kez izlenmelidir.²¹ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılı doğum öncesi bakım önerilerine göre sekiz görüşme önerilmektedir.²⁰ Tablo 1'de Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği görüşme zamanları verilmiştir.

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğum Öncesi Bakım İçin Önerdiği Görüşme Zamanları, 2016²⁰

Görüşme	Görüşme Zamanı
Birinci Görüşme	12 haftaya kadar
İkinci Görüşme	20 haftalık
Üçüncü Görüşme	26 haftalık
Dördüncü Görüşme	30 haftalık
Beşinci Görüşme	34 haftalık
Altıncı Görüşme	36 haftalık
Yedinci Görüşme	38 haftalık
Sekizinci Görüşme	40 haftalık

2.2.1. Dünyada Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002'deki hedefe yönelik bir yaklaşım olarak kanıta dayalı müdahaleleri sunmak amaçlı en az dört defa olan Temel Doğum Öncesi Bakım Modeli uygulanmaya başladığından beri düşük ve orta gelirli ülkelerde doğum öncesi bakım oranı yükselmiştir.²⁰ Dünya genelindeki doğum öncesi bakım alma oranı 2000 yılında %69,03 iken, 2013 yılında %84,5 olmuştur.²² Tüm dünyada, gebe kadınların %86'sı gebeliği boyunca eğitimli sağlık personeli tarafından en az bir kez doğum öncesi bakım hizmeti alırken, %62 'si en az dört kez doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır. Sahra altı Afrika ve Güney Asya gibi anne ölüm oranı yüksek olan bölgelerde, daha az sayıda kadın en az dört kez doğum öncesi bakım hizmeti alabilmiştir (sırasıyla %52 ve %46). Her ne kadar genel doğum öncesi bakım düzeyleri bölgeler arasında göreceli olarak yüksek olsa da, hanehalkı refahı ve kentsel veya kırsal bölgelerde yaşama düzeyinde incelendiğinde eşitsizlikler ortaya çıkar. Güney Asya ve Sahra altı Afrika'daki dört ya da daha fazla

doğum öncesi bakım ziyareti alanlara bakıldığı zaman kentsel bölgelerde yaşayan kadınların oranının kırsal alanlarda yaşayanlara göre %20 daha fazla olduğu görülmektedir ve bu farklılık son on yılda kapanmamıştır. Küresel olarak ele alındığında en yoksul bölgelerdeki kadınlarda bile en zengin kesimde olan kadınların yoksul kadınlardan daha fazla doğum öncesi bakım alma olasılığı vardır. Refah düzeyine bağlı olan bu büyük eşitsizlikler, Sahra altı Afrika'da, özellikle Batı ve Orta Afrika'da da görülmektedir.²³ 2007-2014 döneminde, gebe kadınların yalnızca %64'ü Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği en az dört defa doğum öncesi bakım hizmetini kullanmıştır ve bu da doğum öncesi bakım kullanımının ve kalitesinin ele alınması için çok daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.²⁰ Tablo 2'de bölgelere göre gebelik boyunca eğitimli sağlık personeli tarafından en az bir kez ve en az dört kez doğum öncesi bakım alan 15-49 yaş grubundaki kadınların yüzdesi verilmiştir.

Tablo 2. Bölgelere Göre Gebelik Boyunca Eğitimli Sağlık Personeli Tarafından En Az Bir Kez ve En Az Dört Kez Doğum Öncesi Bakım Alan 15–49 Yaş Grubundaki Kadınların Yüzdesi²³

Bölgeler	Doğum Öncesi Bakım En Az Bir Defa (%)	Doğum Öncesi Bakım En Az Dört Defa (%)
Kuzey Amerika	-	96,6
Latin Amerika ve Karayipler	96,9	90,0
Doğu Avrupa ve Orta Asya	95,7	86,7
Doğu Asya ve Pasifik	95,5	73,7
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	84,1	65,9
Doğu ve Güney Afrika	84,8	52,1
Sahraaltı Afrika	79,7	51,9
Batı ve Orta Afrika	74,9	51,7
Güney Asya	69,3	46,4
Az Gelişmiş Ülkeler	79,1	45,8
Dünya Genelinde	86,0	61,8

2.2.2. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013’e göre araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında kadınların %97’si en az bir kez sağlık personelinen, %95’i de doktordan doğum öncesi bakım almıştır. En az bir kez doğum öncesi bakım alan kadınlardan %89’u dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Kentsel alanda en son doğumda sağlık personelinen en az bir kez doğum öncesi bakım alma oranı %98,1, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı %92,4 iken kırsal alanda en az bir kez doğum öncesi bakım alma oranı %92,7, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı %75’tir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça son canlı doğumda doğum öncesi bakım alma oranı da artmıştır. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar, orta ve daha yüksek refah düzeyindeki kadınlara göre daha az doğum öncesi bakım almışlardır. TNSA 2008 ve TNSA 2013 karşılaştırıldığı zaman; en son doğumda sağlık personelinen doğum öncesi bakım alma oranı %92’den %97’ye, kırsal alanda yaşayan kadınların dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı %55’ten %75’e yükselmiştir.¹³

2.3. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, doğum sancısı ile başlayan ve çocuğun doğmasıyla tamamlanan bir süreçtir. Düzenli uterus kasılmalarıyla başlar, yenidoğan ve plasentanın çıkmasıyla sona erer. Hamilelik ve doğum fizyolojik süreçlerdir ve çoğu kadın için bu süreç normal olarak kabul edilir.²⁴ Vajinal doğum ve sezaryen doğum olmak üzere iki çeşit doğum şekli bulunmaktadır.

2.3.1. Vajinal Doğum

Vajinal doğum çoğu gebelik için tercih edilen doğum şeklidir.⁸ Spontan vajinal doğum normal olarak kabul edilendir fakat biyolojik varyasyonlarla karakterizedir.^{8,24} Bununla birlikte bazı maternal veya fetal komplikasyonlar operatif vajinal doğumu gerektirebilir.⁸ Normal vajinal doğum birinci ve ikinci aşama olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşaması latent ve aktif fazdan oluşmaktadır. Latent fazın başlangıcı yani doğumun başlangıcı annenin düzenli kasılmaları algıladığı zaman olarak kabul edilebilir. Çoğu kadında latent faz bittiği zaman servikte 3-5 cm arasında dilatasyon olması beklenir. Latent faz normal doğumu anlamak için büyük öneme sahiptir. Çünkü latent faz da dahil

edildiği zaman doğum oldukça uzun bir süreçtir. Nulliplarlarda 20 saatin, multiplarlarda da 14 saatin üzerine çıkması latent fazın uzamış olduğunu göstermektedir. Latent faz süresini etkileyen faktörler arasında; aşırı sedasyon veya epidural analjezi, elverişsiz servikal durum yani kalın, efase ve dilate olmamış serviks veya yalancı doğum sayılabilir. Uterus kasılmaları varlığında, üç-beş cm veya daha fazla servikal dilatasyon varlığı aktif doğumun başladığı güvenilir bir nokta olarak alınabilir. Bu servikal dilatasyon eşliğine ulaşıldığında, takip eden dört ila altı saat içinde gebe kadının parite durumuna bağlı olarak normal doğumun ilerlemesi beklenebilir. Yapılan çalışmalar sonucunda aktif fazın en fazla 11,7 saat sürdüğü bildirilmiştir. Doğumun aktif fazı eş zamanlı olarak fetal iniş ve servikal dilatasyon oranlarını tarif etmektedir. İniş, aktif dilatasyondan sonraki aşamada başlar, nulliplarlarda yedi ila sekiz cm arasında başlar ve sekiz cm'den sonra en hızlı hale gelir. İkinci aşama tam servikal dilatasyon ile başlar ve çocuğun doğması ile biter. Bu aşama nulliplarlarda yaklaşık 50 dakika, multiplarlarda 20 dakika civarındadır. Sonunda çoğu kadında parite ne olursa olsun spontan doğumda müdahale edilmezse, doğum başlangıcından itibaren yaklaşık 10 saat sonra doğum gerçekleşir.²⁴

2.3.2. Sezaryen Doğum

2.3.2.1. Sezaryen Doğum Tanımı

Sezaryen Doğum, fetusun laparotomi ve sonrasında histerotomi ile gerçekleşen doğumdur. İki genel sezaryen doğum şekli vardır: primer olan; ilk kez histerotomi yapılması, sekonder olan; daha önceden bir veya iki defa yapılmış histerotomi insizyonu olduğu anlamına gelir. İki tanım da uterus rüptürü veya abdominal gebelik durumlarında fetusun batin boşluğundan alınmasını içermez.⁹

2.3.2.2. Sezaryen Doğumun Tarihçesi

Sezaryen teriminin kökeni belirsizdir. Bunun için üç açıklama önerilmiştir. İlk açıklama efsaneye göre Julius Caesar bu şekilde doğmuştur, sonuçta bu işlem Sezaryen operasyonu olarak bilinir. Bazı durumlar bu açıklamayı zayıflatmaktadır. İlk olarak Julius Caesar'ın annesi Caesar doğduktan yıllar sonrasına kadar yaşamıştır.¹⁰ O günlerde sezaryen sadece anne öldüğünde veya ölüyorken çocuğun hayatını kurtarmak için ya da dini nedenlerle gerçekleştirildiğinden dolayı Julius Caesar'ın abdominal yoldan doğması oldukça imkansız görünmektedir.²⁵ İkincisi; operasyon ister canlı ister ölü yapılmış olsun, Ortaçağdan önce herhangi bir medikal yazar bu olaydan bahsetmemiştir. İkinci açıklama, operasyonun

isminin milattan önce sekizinci yüzyılda Numa Pompilius tarafından kabul edilen bir Roma kanunundan (Lex Regia) türetilmiş olduğudur.¹⁰ Bu kanuna göre fetüs anne karnından çıkarılmadan hamile bir kadının gömülmesi yasaktı.²⁵ Sezaryen sadece çocuğun kurtarılması ya da dini nedenlerden ötürü ölmekte olan veya ölmüş kadınlara uygulanmaktaydı.^{10,25} Bu lex regia (kralın kanunu) daha sonra imparatorla birlikte değişerek lex caesarea oldu ve operasyonun kendisi sezaryen operasyonu olarak biliniyordu. Üçüncü açıklama, sezaryen'in latince kesmek anlamına gelen fiil caedere'den Orta Çağ'da türetilmiş olmasıydı. Şu an için bu açıklama en mantıklısı olarak görülmektedir. Ancak bu operasyonun tam olarak ne zaman ilk defa uygulandığı belirsizdir.¹⁰

2.3.2.3. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal, fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanmaktadır.¹¹

Sezaryen ile doğum genel olarak aşağıda belirtilen durumlarda tercih edilmekle birlikte, bu endikasyonlar kesin olmayıp kişinin özelliklerine göre doğum şeklinin bireyselleştirileceği, bulunulan koşullara göre karar verilmesi gereken durumlardır.¹¹

Sezaryen doğum endikasyonlarını; fetal, maternal, travay veya doğumla ilgili, umblikal kord ve plasentayla ilgili endikasyonlar olmak üzere dört başlık altında toplayabiliriz.

1. Fetal Endikasyonlar

- Fetal Sıkıntı

- Fetal Prezantasyon anomalileri

-Makat Prezantasyon

-Diğer Prezantasyon Anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)

- Çoğul Gebelikler

-Fetal Anomaliler (Hidrocefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

2. Maternal Endikasyonlar

- Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)
- Sistemik Hastalıklar (DM, HT , Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon vb.)
- Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV , HSV -2, vb.)

3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar

- Baş-pelvis Uyumsuzluğu
- Uzamış Eylem
- Fetal Makrozomi

4. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar

- Kordon Sarkması
- Plasenta Previa
- Ablasyo plasenta
- Vasa Previa.¹¹

Sezaryen doğum endikasyonları her ne kadar sınıflandırılmış olsa da yapılan sezaryen doğumların %85'i daha önce geçirilmiş sezaryen, distosi, fetal sıkıntı ve fetal prezentasyon anomalisi nedeniyle yapılmaktadır.⁹

2.3.2.4. Sezaryen Doğumun Kısa ve Uzun Dönemde Sağlığa Etkileri

Sezaryen doğum, anneler ve çocuklar için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte kısa ve uzun süreli sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir.²⁶ Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişimdir ve tıbbi gerekçelerle yapılması gerekmektedir. Vajinal doğumun bir alternatifi değildir. Bu yüzden ameliyatın hem anne hem bebek için risk ve faydalarını anlamak önemlidir.⁹ Sezaryen doğumun etkilerini maternal sağlığa ve yenidoğan ve çocuk sağlığına olan etkiler olmak üzere iki grupta toplayabiliriz.²⁶

2.3.2.4.1. Sezaryen Doğumun Kısa ve Uzun Dönemde Maternal Sağlığa Etkileri

Genel bir bakış olarak mevcut ve sonraki gebelikler için sezaryen doğumun maternal cerrahi riskleri normal vajinal yolla doğumla karşılaştırıldığı zaman daha yüksektir. Maternal mortalite açısından sadece sezaryen ile ilişkili ölüm nadir olmakla birlikte çok

sayıda çalışma vajinal doğumla karşılaştırıldığı zaman sezaryenin maternal mortalite riskini artırdığını göstermektedir. Mortalite oranlarına benzer şekilde vajinal doğumla karşılaştırıldığı zaman bazı maternal komplikasyonların sıklığı da artmaktadır. Bunların başında enfeksiyon, kanama ve tromboemboli vardır. Ayrıca nadir de olsa ölümleri de içeren anestezi komplikasyonların sezaryen doğumlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bunların dışında mesane laserasyonu, üreter ve bağırsak hasarı gibi komşu organ yaralanması oluşabilir.⁹ Uterin arter kesisi, uterin atoni, geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar, plasentanın yapıştığı yerden kanama, uterin rüptür, endometrit, yara enfeksiyonu, yarada hematoma, pıhtılaşma bozuklukları ve bir sonraki gebelikte plasental yerleşim bozuklukları görülebilen diğer komplikasyonlardır.²⁷ Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrasında bir sonraki gebelikte ölü doğum ve erken doğum riskinin arttığını göstermektedir.²⁶ Sezaryen ile doğum yapan kadınların bir sonraki gebeliklerinde de sezaryen olma olasılıkları yüksektir. Tekrarlayan sezaryen operasyonlarında maternal mortalite ve morbidite riski daha da artmaktadır.⁹ Sezaryen sonrası adezyon gelişimi nadir değildir ve bir sezaryenden sonra prevalansı sonraki sezaryenlerde, ikinci bir sezaryenden sonra %12-46'ya ve üçüncü bir sezaryenden sonra % 26-75'e yükselir. Yine de risk değerlendirilirken, tüm vajinal doğumların başarılı olmadığını kabul etmek önemlidir. Her ne kadar kısa süreli morbidite riski, elektif sezaryen için biraz artmış olsa da, çalışmalar başarısız olan vajinal doğumla ilişkili maternal morbiditenin elektif sezaryen doğum ile olduğundan daha fazla olduğunu göstermiştir.²⁶

2.3.2.4.2. Sezaryen Doğumun Kısa ve Uzun Dönemde Yenidoğan ve Çocuk Sağlığına Etkileri

Sezaryen doğumlar bebeklerin hayatlarını kurtarabilir, perinatal mortaliteyi ve intrapartum asfiksi gibi ağır morbiditeyi önleyebilir; ancak, sadece intrapartum dönemde değil antenatal dönemde de ciddi nörolojik morbiditelerin ortaya çıkabileceği kabul edilmelidir. Birçok kadın doğum uzmanı 39. haftadan önce sezaryen doğumu planlayıp uygulamaktadır. Bu planlanan erken doğum, solunum problemleri ve hipoglisemi riskini artırabilmektedir. İntrauterin maruziyetlerin yaşam boyu bebeklerin sağlığı üzerinde çok geniş etkileri vardır. Doğum süreci ve intrapartum girişimlerin normal fizyolojik veya patofizyolojik gelişimi de etkileyebileceğine dair kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Sezaryen doğum ile dünyaya gelen bebekler intrapartum antibiyotikler ve uterotoninler gibi farklı hormonal, fiziksel, bakteriyel ve tıbbi müdahalelere tabidir. Bu faktörler fizyolojiyi

değiştirme potansiyeline sahiptir. Kısa dönem riskleri arasında bağışıklık gelişiminin değişmesi, alerji, atopi, astım sayılabilir. Bu erken çocukluk etkilerinin daha sonraki döneme olan etkisi bilinmemektedir. Doğum şekli ayrıca çocukların klinik sonuçlarını nasıl etkileyeceğine dair üç tane hipotez bulunmaktadır. Bunlardan birincisi maternal mikrobiyomun etkisidir. Doğum şekli, bebeğin mikroflora kompozisyonunu belirleyen sadece bir özellik olmasına rağmen yapılan araştırmalar sezaryen ile dünyaya gelen bebeklerin maternal mikrobiyota maruziyetinin azalmasının, yaşamın ilk haftalarında önemli olabileceğini göstermektedir. İkinci olarak sezaryen doğum sırasında mekanik kuvvetler ve stres hormonlarına intrapartum olarak maruz kalınan vajinal doğum tarafından başlatılan bir çok önemli fizyolojik uyarının devre dışı bırakılmış olmasıdır. Maternal stres hormonlarına maruz kalma ve doğum eyleminde doğum kanalından geçme fetus için ekstrauterin yaşama hazırlanmasında önemli ipuçları sağlar. Örneğin, artan stres hormonlarının konsantrasyonlarının, bebeklerde hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın gelişimi, immün sistemin olgunlaşması, akciğer ve organ olgunlaşması ve nörogenез için önemli sinyaller olduğu düşünülmektedir. Üçüncü hipotez de doğum şeklinin gen ekspresyonunu etkilediği yönündedir.²⁶ Bununla birlikte sezaryen doğum yenidoğan için doğum travması ve ölü doğum açısından daha düşük riske sahiptir.⁹

2.4. Sezaryen Doğum Sıklığı

2.4.1. Dünya’da Sezaryen Doğum Sıklığı

Sezaryen doğum oranları son 30 yılda yükselerek Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği %10-15 olan ideal sezaryen sıklığının çok üstüne çıkmıştır. Bu artışın hem orta-yüksek gelirli birçok ülkedeki tıbbi endikasyonu olmayan sezaryenlerdeki büyük artışlar tarafından hem de sağlık kurumlarında yapılan doğumların artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Düşük ve orta gelirli birçok ülkede tüm doğumların %10’undan daha azı için sezaryen kullanılmıştır.¹² 2014 yılında yapılan bir çalışmaya göre 150 ülkeden alınan son veriler en az gelişmiş bölgelerden başlayarak gelişmiş bölgelere doğru %6’dan %27,2’ye değişmekle birlikte tüm doğumların %18,6’sının sezaryen doğumla gerçekleştiğini göstermiştir.²⁸ Bu sıklık 2015 yılındaki verilere göre dünya çapında %21,1 olmuştur.¹² Son verilere bakıldığı zaman Latin Amerika ve Karayip bölgesi en yüksek sezaryen sıklığına (%44,3) sahiptir, bunu Kuzey Amerika (%32), Okyanusya (%31,1), Avrupa (%25), Asya (%19,2) ve Afrika (%7,3) izlemektedir.^{12,28} En düşük sezaryen doğum sıklığı

Afrika'da (% 7,3) ve daha özel olarak Batı Afrika'da (% 3) bulunur.²⁸ En yüksek sezaryen doğum sıklığı Latin Amerika ve Karayipler'de (% 44,3) görülmektedir ve Güney Amerika ise dünyadaki en yüksek ortalama sezaryen doğum sıklığına sahip alt bölgedir (%42,9).^{12,28} Her bölgedeki en yüksek sezaryen doğum sıklığına sahip olan ülkeler Latin Amerika ve Karayipler'de Brezilya (%55,6) ve Dominik Cumhuriyeti (%56,4), Afrika'da Mısır (%51,8), Asya'da İran ve Türkiye (sırasıyla% 47,9 ve% 47,5), Avrupa'da İtalya (%38,1), Amerika Birleşik Devletleri (%3,8) Kuzey Amerika ve Yeni Zelanda (%33,4) Okyanusya'da (%31,1) olarak görülmektedir.²⁸

Tablo 3'de tüm dünyada ve Birleşmiş Milletler Sınıflamasına göre bölge ve alt bölgelerdeki sezaryen sıklıkları verilmiştir.



Tablo 3. Birleşmiş Milletler Sınıflamasına Göre Bölge ve Alt Bölgelere Göre Dünyada Sezaryen Doğum Sıklıkları 2014²⁸

Bölge/Alt bölge	Sezaryen Doğum Oranı (%)	En Küçük ve En Büyük Değer(%)	Tahminlerin Kapsamı (%)
Tüm Dünya	18,6	1,4–56,4	96,1
Gelişmiş Ülkeler	27,2	13,9–38,1	99,2
Az gelişmiş Ülkeler	20,9	1,7–56,4	96,9
En az gelişmiş Ülkeler	6,0	1,4–41,1	91,8
Afrika	7,3	1,4–51,8	92,8
Doğu Afrika	3,9	1,5–9,6	96,3
Orta Afrika	5,8	3,8–10,0	83,2
Kuzey Afrika	27,8	6,6–51,8	97,4
Güney Afrika	-	-	-
Batı Afrika	3,0	1,4–11,4	100,0
Asya	19,2	1,7–47,5	97,8
Doğu Asya	34,8	12,5–36,6	100,0
Güney-Orta Asya	11,4	3,6–47,9	100,0
Güney- Doğu Asya	14,8	1,7–32,0	91,4
Batı Asya	26,8	4,8–47,5	87,4
Avrupa	25,0	13,9–38,1	98,6
Doğu Avrupa	23,7	15,8–36,3	100,0
Kuzey Avrupa	22,4	14,7–26,6	100,0
Güney Avrupa	30,7	13,9–38,1	92,7
Batı Avrupa	24,5	15,6–32,2	100,0
Latin Amerika ve Karayipler	40,5	5,5–55,6	93,7
Karayipler	27,5	5,5–53,4	81,8
Orta Amerika	38,2	16,3–45,2	100,0
Güney Amerika	42,9	13,3–55,6	91,7
Kuzey Amerika	32,3	27,1–32,8	100,0
Okyanusya	31,1	6,2–33,4	62,3
Avusturya/Yeni Zelanda	32,3	32,4–33,4	100,0

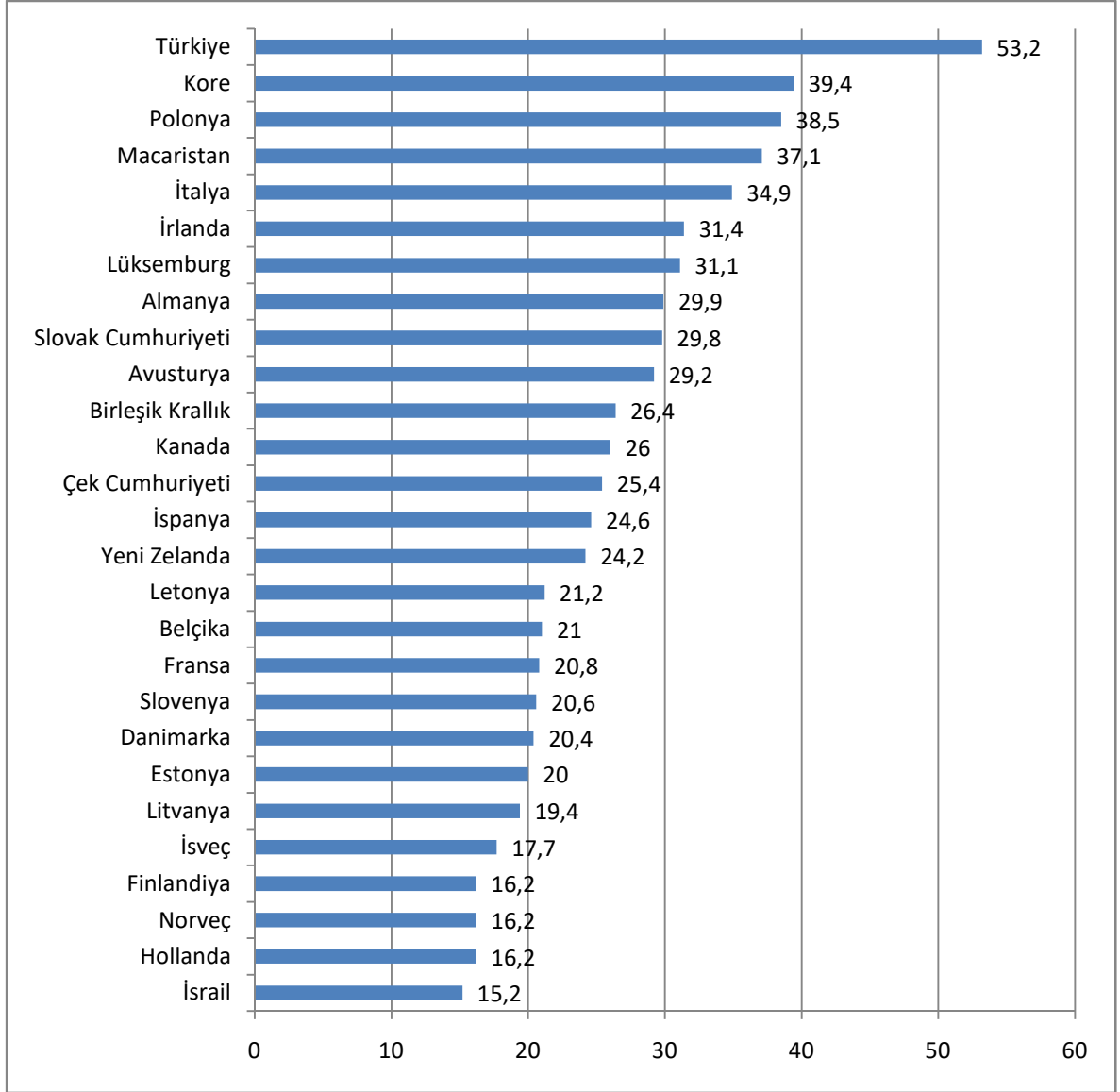
Tablo 4'te Bölgelere Göre 2000 ve 2015 Yılı Sezaryen doğum sıklıklarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4. Bölgelere Göre 2000 ve 2015 Yılı Sezaryen Doğum Sıklıklarının Karşılaştırılması¹²

BÖLGELER	Sezaryen Doğum Sıklığı (%)	
	2000 Yılı	2015 Yılı
Tüm Dünya	12,1	21,1
Batı ve Orta Afrika	3,0	4,1
Doğu ve Güney Afrika	4,6	6,2
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	19,0	29,6
Güney Asya	7,2	18,1
Doğu Asya ve Pasifik	13,4	28,8
Latin Amerika ve Karayipler	32,3	44,3
Doğu Avrupa ve Orta Asya	11,9	27,3
Kuzey Amerika	24,3	32,0
Batı Avrupa	19,6	26,9

Yapılan çalışmalar sosyo-ekonomik gelişmişlik ve kadın eğitim düzeyi yüksek olan, kentleşme oranının ve doktor sayısının fazla, toplam doğurganlık hızının düşük olduğu ülkelerde sezaryenle doğum sıklığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.¹²

Şekil 1'de Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerindeki 100 canlı doğumda sezaryen sıklığı verilmiştir.



Şekil 1. OECD Ülkeleri Sezaryen Sıklıkları,2016

Birleşik Krallıkta 2000 yılında %19,5 olan sezaryen doğum sıklığı 2016 yılında %26,3'e yükselmiştir.²⁹ Amerika Birleşik Devletleri'nde de 1996 yılında %20.7 olan sezaryen doğum sıklığı 2016 yılında %31,9 olmuştur.^{30,31} Avusturya'nın 2000 yılında %16,7 olan sezaryen doğum sıklığı 2016 yılında 29,1 olmuştur. Hollanda, İsveç, Norveç ve Finlandiya %12-18 sezaryen doğum sıklığıyla yıllardır devam etmektedir.²⁹ Brezilya'da 2000 yılında %38 olan sezaryen doğum sıklığı 2014 yılında %57 olmuştur ve devlet hastanelerinde %41 olan bu sıklık özel hastanelerde %83'tür.³² 2015 yılında Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre sekiz yıldan az eğitim almış kadınların doğumlarının %19,4'ünde, en yüksek eğitim süresine sahip olan gruptaki kadınlarda doğumlarının %54,4'ünde sezaryen kullanılmıştır.¹²

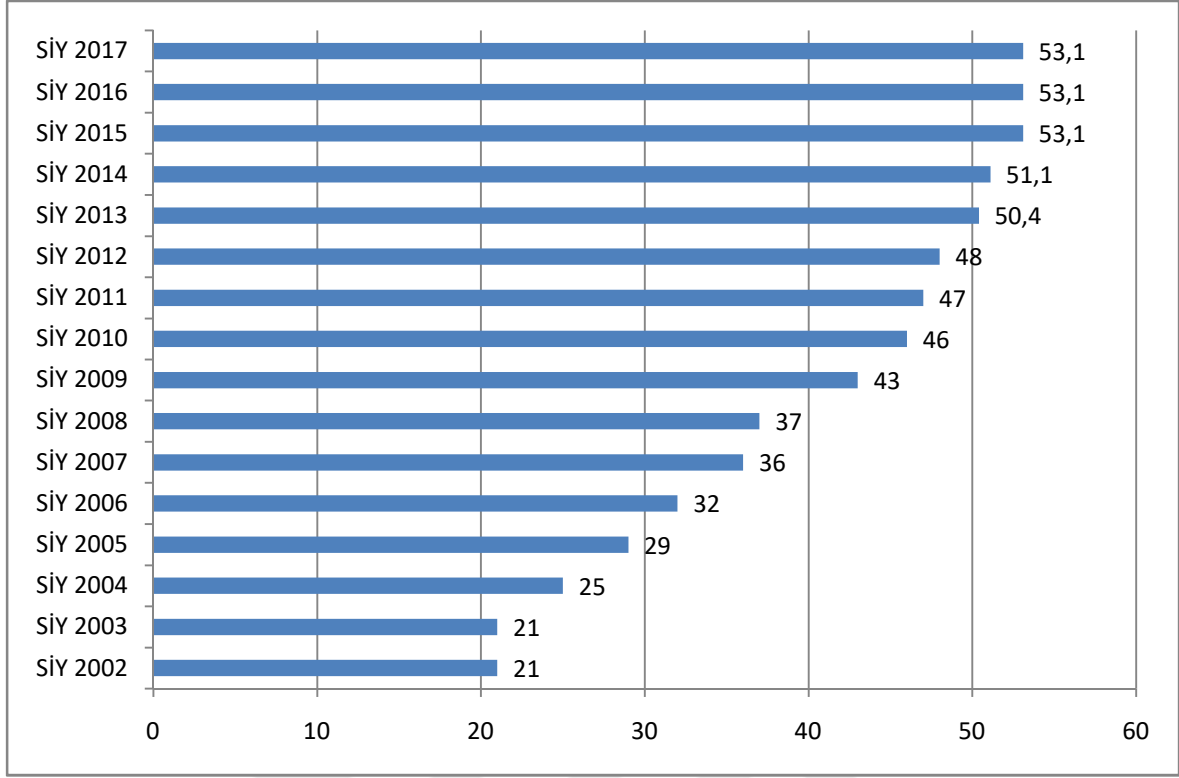
İtalya’da anne isteğine bağı sezaryen yasal olarak sezaryen doğum endikasyonu olarak kabul edilmiştir ve 1990 yılında %21,2 olan sezaryen sıklığı 2016 yılında %34,9 olmuştur.
29,33,34

Ülkeler arasında farklar olmasına rağmen sezaryen doğumların artış nedenleri ve bunları önleme konusunda yapılabilecekler hala tartışma konusudur.

2.4.2. Türkiye’de Sezaryen Doğum Sıklığı

Türkiye sezaryen doğum sıklığının yıllar içinde çok fazla artış gösterdiği ülkelerden biridir. Tüm doğumlar arasındaki sezaryen doğumların sıklığı 1988’de %6 iken 2017’de %53,1 olmuştur.^{14,35} Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında sezaryen doğumlar ilk kez 1998 yılında incelenmiştir ve araştırmaya göre son beş yıldaki doğumların %13,9’u sezaryenle gerçeklemiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013’e göre son 5 yıldaki doğumların %48’i sezaryenle gerçeklemiştir. Sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşıyla birlikte artarken çocuğun doğum sırasıyla azalmaktadır. İlk doğumların %52’si sezaryen ile yapılmıştır. Kentlerde yaşayan kadınlar (% 52) arasında kırsal bölgelere (%36) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (% 32) hariç tüm bölgelerde %50 ve üzeridir. En yüksek eğitim ve refah düzeyindeki kadınların %66’sında sezaryen doğum gerçekleşmişken bu oran en düşük eğitim ve en düşük refah düzeyindeki sezaryen doğumların iki katından fazla olarak görülmektedir.¹³

Şekil 2’de Türkiye Sağlık İstatistik Yıllıklarındaki (SİY) sezaryen doğum sıklıklarının yıllara göre değişimi verilmiştir.



Şekil 2. Sağlık İstatistik Yıllıkları Sezaryen Doğum Sıklıklarının Yıllara Göre Değişimi Yüzdesi^{14,36,37}

2.4.3. Sezaryen Doğum Sıklığının Artış Nedenleri

Sezaryen doğumların sıklığında artışın nedeni çoktur ve birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörlerin hepsi birbiri ile bağlantılı ve iç içedir. Bunları kadınlar, aileleri ve toplumla ilgili faktörler, sağlık uzmanları ile ilgili faktörler, sağlık sistemleri finansal durumlar organizasyonel plan ve kültürlerle ilgili faktörler olarak ana başlıklar altında toplayabiliriz.

2.4.3.1. Doğurgan Çağdaki Kadınlar, Aileleri ve Toplumla İlgili Faktörler:

Sezaryen doğumların artış nedenlerinden doğurgan çağdaki kadınlara ait faktörlerden birincisi annenin isteğidir. Anne isteğine bağlı sezaryen kavramı çeşitli şekillerde oluşmuştur. Dünyadaki çoğu kadın daha önceden ya da şimdiki gebeliğinde komplikasyon olmadığı zaman sezaryeni tercih etmemektedir.¹⁵ Fakat tıbbi endikasyonların yokluğunda fetal yaralanma riskini azaltma, vajinal doğumla ilgili pelvik taban hasarı kaygısı veya idrar tutamama korkusu, cinselliği veya cinsel ilişkilerini olumsuz etkileyeceği korkusu gibi nedenlerle sezaryen endikasyonlarının genişletilmesiyle anneler sezaryen doğumu tercih etmek istemişlerdir.^{9,15,38} Sezaryen doğum tercih eden kadınların çoğu bilimsel kanıtların aksine, bebek ve kendileri için daha güvenli olduğunu düşünmektedir.¹⁵ Diğer

bir neden olarak da kadınlar daha ileri yaşlarda doğum yapmakta, daha az çocuğa sahip olmakta ve doğumların büyük çoğunluğunun sezaryen riski daha yüksek olan ilk gebeliklerden oluşmaktadır.^{9,15} Daha önceki vajinal doğumda olumsuz tecrübeler ya da bakım kalitesindeki koşulların kötü olması gibi faktörler de sezaryen oranı artışına neden olmuştur. Çağdaş toplum, gebelik ve doğum hakkında kadınlara çok çeşitli bilgiler sunmaktadır. Medya da kadınların sezaryen isteklerini destekleyen bir tutuma sahiptir. Elektif sezaryen kadınlara kontrollü, uygun, şık ve modern olarak sunulmaktadır. Daha az yaygın olarak da önemli iş veya aile sorumlulukları olan kadınlar ya da aynı anda tüp ligasyonu yaptırmak isteyen kadınlar da sezaryen doğumu daha uygun olarak görmektedir. Bazı toplumlarda ise çocuk için iyi olacağı düşünülen tarihte doğum yapabilmek için sezaryen doğum tercih edilmektedir.¹⁵ Obezite prevalansının artması ve obezitenin de sezaryen riskini artırması, doğum korkusu ve ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanamaması, yardımcı üreme tekniklerinin gelişimi ile birlikte bu gebeliklere “kıymetli bebek” anlayışı ile sezaryen doğum yapılması gibi nedenler de sezaryenle doğum oranının artışına etki etmektedir.^{9,15}

2.4.3.2. Sağlık Uzmanları İle İlgili Faktörler

Sezaryen doğumların artış nedenlerinden sağlık uzmanları ile ilgili faktörlerden birincisi; bilimsel kanıtların aksine sezaryenin hem anneyi hem de bebeği koruyucu bir prosedür olduğuna inanılmasıdır. Gebe kadınlar kendileri ile ilgilenen sağlık personelini doğum şekli hakkında en önemli belirleyici olarak görmektedirler. Buna karşılık sağlık hizmeti sunan kişiler tıbbi endikasyon dışında sezaryen yapılmasının en büyük nedeni olarak kadının isteğini göstermektedirler.¹⁵ Sağlık hizmeti sunan kişilerin spontan veya müdahaleli vajinal doğum sırasındaki fetal yaralanmaya ilişkin malpraktis davaları ile ilgili kaygıları da sezaryen oranlarının artması için önemli bir belirleyicidir.^{8,38,39} Birçok ülkede sağlık hizmeti sunan kişiler en iyi bakımı sağlasalar dahi malpraktis davaları onları savunmasız bırakmaktadır. Hekimler hakkında sezaryen ile doğum yaptırdıkları için değil, sezaryen ile doğum yaptırmadıkları için davalar açılmaktadır. Açılan davalar sağlık çalışanları lehine sonuçlansa dahi mesleki itibar ve güvene zarar vermektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının, anne ve bebeğe fayda sağlamak yerine, kendilerini profesyonel olarak koruma amaçlı sezaryen yapması ile sonuçlanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda çoğu sezaryenin doğumun hafta içi çalışma saatlerinde ve özellikle cuma günü yapıldığı görülmüştür. Bu da sezaryen kararının bazen kolaylık sağlamak için verildiğini

gösterebilir.¹⁵ Makat prezentasyonların çoğu artık sezaryen ile doğurtulmaktadır.^{9,15} Forseps ve vakum gibi müdahaleli doğumların sıklığı azalmıştır ve bu müdahaleler yapılmadığı için yeni yetişen sağlık personeli sezaryen doğum konusunda uzmanlaşmakta ancak daha geniş obstetrik ve yardımcı vajinal doğum tekniklerini kaybetmektedirler.^{9,12,15} Doğum indüksiyonları artmıştır ve bu da nulliparlarda sezaryen sıklığını artırmaktadır. Preeklampsili kadınlarda sezaryen sıklığının artması ve bu hastalarda doğum indüksiyonu oranının azalması, sezaryen sonrası vajinal doğumların az olması, sezaryen sonrası vajinal doğumun komplikasyonlarından kaçınma isteği de sezaryen doğumlarda artışın önemli nedenlerindedir.⁹

2.4.3.3. Sağlık Sistemleri, Finansal Durumlar, Organizasyonel Plan ve Kültürlerle İlgili Faktörler

Sezaryen doğumların artış nedenleri incelendiği zaman sağlık sistemleri, finansal durumlar, organizasyonel plan ve kültürlerin önemli olduğu görülmektedir. Çoğu ülkede sezaryen doğumların oranı kamu kurumları ile karşılaştırıldığında zaman özel sektörde daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda Brezilya'da kamu kurumlarında yapılan sezaryenin %30-40, özel kurumlarda yapılan sezaryenin %80-90 oranında olduğu görülmüştür. Bazı hastanelerde özel doğum bakımı hastanenin tüm finansmanını karşılamaktadır. Sezaryenlerde vajinal doğumdan daha fazla gelir elde edilecekse kadınları bebekleri ve kendileri için sezaryeni en iyi doğum seçeneği olabileceğine ikna etmek için finansal teşvikler olabilir.¹⁵ Mevcut sezaryen kullanımı sıklığı tıp eğitimi için endişe kaynağıdır.¹² Doğum ortamlarının uygun olmayışı, sağlık profesyonelleri ile iletişim problemleri, sistem ve çalışanlara dair güvensizlikler sezaryen kararını tetiklemektedir.¹⁵

2.5. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Gebelik ve doğum doğurgan kadınların geçmesi gereken varoluşsal bir geçiş aşaması olarak tanımlanır.⁷ Bir çocuğun doğumu, annenin ve ailesinin hayatında çok önemli bir zamandır. Anne ve çocuğun doğumda sağlık ve iyiliği, büyük ölçüde tüm ailenin gelecekteki sağlık ve iyiliğini belirler. Bununla birlikte doğumun sonucu annenin iyiliği için tek önemli faktör değildir. Araştırmalar kadının gebeliği ve doğumu sırasında yaşadığı tecrübelerinin annenin çocuğu ile olan ilişkisini ve ilerideki doğum deneyimlerini etkileyebileceğini göstermiştir.⁶ Doğum, sosyal durumdan çok etkilenen birçok boyutta, çok yönlü ve her kadın için eşsiz olan bir deneyimdir. Kadınların gebelik ve doğum ile

ilgili beklentileri ve deneyimleri hem olumlu hem de olumsuzdur, aynı anda hem neşe ve inanç duygularını hem de endişe ve korkularını içerir.⁷ Doğum yapmaya hazırlanırken kadınlar bilerek veya bilmeden, bir doğum planı geliştirir. Bu doğum planları 1980'lerde kadınların istedikleri doğum şekline karar vermek ve sağlık görevlileri ile bakımları hakkında tartışabilmeleri amaçlı ortaya çıkmıştır. Doğum planları genellikle kadının doğum yapmak istediği yer, kimin doğumu yaptıracağı ve hangi tıbbi müdahale ve ağrı kesici yöntemlerinin kullanılacağı gibi bilgileri içermektedir. Doğum planı, bir kadının doğum için beklentilerini ana hatlarıyla açıklayan ve bir kadın ile onun bakım sağlayıcıları arasındaki iletişimi sağlayan bir araçtır. Bir doğum planı geliştirmenin olumsuz sonuçları da olabilir; doğum planına uyulmadığındaki başarısızlık duyguları ve beklentilerin karşılanmadığı durumlarda doğum deneyimindeki hayal kırıklıkları buna örnek olarak verilebilir. Doğum planı kararlarını tartışırken, kadınlar hayal kırıklığını önlemek için beklentilerini değiştirme eğilimindedirler. Beklentiler değiştiği zaman bakım sağlayıcılar ve destek ekibi, değişikliklerin tartışılmasında ve olumlu bir doğum deneyimi geliştirilmesinde önemli rol kazanmaktadır. Bakım sağlayıcılar ve destek ekibi; kadın doğum uzmanları, ebeler, hemşireler, arkadaşlar, aile üyeleri gibi doğumu planlamaya ve doğum yapmaya yardımcı olacak herkesten oluşmaktadır. Doğum planının hem geliştirilmesi hem de uygulanması sırasında kadınlar beklentilerini ifade edebilmeli ve sağlık bakımı "sağlayıcıları ile sağlık kararlarını verme konusunda konuşabilmelidir. Bakım sağlayıcının rolü, kadınların karar alma biçimlerinde merkezidir. Bir doğum uzmanının doğum şeklini görme biçimleri, kadınlara sunulan seçenekleri ve bir kadının doğum öncesi ve doğum sırasında aldığı kararları etkiler.⁶

Yüksek gelirli ülkelerde anne bakımının güvende olmasına rağmen, gebelik öncesinde ve gebeliği sırasında, doğum öncesi ve sonrasında doğum korkusu kadının sağlığı ve refahını etkileyen yaygın bir sorundur. Doğum korkusunun kadınların bebekleri, eşleri ve ailesiyle olan ilişkileri açısından sonuçları vardır ve genellikle kontrol için çabalayan kadınlar tarafından sezaryen taleplerine yol açar.⁷ Epidural analjeziye ulaşamama, pelvik taban zedelenmesi, üriner inkontinans, cinsel yaşantıya olumsuz etki edeceği düşüncesi doğum tercihlerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Annenin bebeğinin ve kendisinin sağlığı hakkında endişe duyması, daha önceki olumlu veya olumsuz doğum deneyimleri de doğum tercihini etkilemektedir. Çağdaş toplum gebe kadınları gebelik ve doğum hakkında medyanın da etkisiyle birlikte çok çeşitli bilgilere maruz bırakmaktadır.¹⁵

Yapılan araştırmalar; eğitim düzeyinin, kent veya kırsal bölgede yaşamanın, aile refah düzeyinin de doğum şekli tercihini etkilediğini göstermiştir.¹²

2.6. Doğum Korkusu

Gebe kadınların yaklaşık % 80'i gebeliği veya yaklaşmakta olan doğumlarıyla ilgili endişeleri ve korkularını ifade etmektedir. Bu kadınların büyük çoğunluğu için korku, klinik durumlarını etkileyecek kadar güçlüdür. Bununla birlikte bu kavramla ilgili açık bir şekilde tanımların olmayışı ve ölçülecek kavramın kavramsallaştırılmamasından dolayı sıklıkları birbirine eşdeğer olarak düşünülebilir.⁴⁰ Doğum korkusu Hofberg and Brockington'un (2000) aktarımıyla ilk kez Marce tarafından 1858 yılında "Eğer bir kadın hiç doğum yapmamışsa bilinmeyen acının beklentisi onu her şeyin ötesinde meşgul ederek onu tarif edilemez bir anksiyete durumuna sokar. Eğer daha önce doğum yapmışsa geçmişin anılarından ve geleceğin beklentisinden dehşete kapılırlar." şeklinde ifade edilmiştir.^{7,41} "Doğumdan korkma" terimi 1981 yılında "Kadınların günlük işleyişini ve refahını bozan güçlü bir kaygı" olarak tanımlanmıştır. Ek olarak, kadınların günlük yaşamlarına müdahale etmeyen orta derecede bir kaygı olarak da tanımlanmaktadır. 1990'larda Finlandiya'da yapılan çalışmalarla doğum korkusu anksiyete bozukluğu ile ilgili doğumdan kaçınma ya da sezaryen talep etmelerine neden olacak fiziksel komplikasyonlar, kabuslar ve konsantrasyon problemlerini içeren fobik bir korkuya neden olabilecek bir sağlık problemi olarak tanımlanmıştır. "Klinik Doğum Korkusu" terimi mesleki ve ev içi işleyişin yanı sıra sosyal faaliyetler ve ilişkilere de müdahale edecek derecede ve bazı durumlarda DSM IV'e göre belirli bir fobinin sınıflandırılmasına girecek düzeyde bir korkuyu tanımlar. Doğum korkusu için "Tokofobi" terimi de kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarla doğum korkusu, batı ülkelerindeki artan sezaryen oranları ve elektif sezaryen doğum isteyen kadınlarla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Doğum deneyimi olmayan kadınlar için birincil tokofobi tanımlaması kullanılır. Birincil tokofobinin nedenleri ergenlik veya erken yetişkinlik dönemine bağlı olarak başkalarının doğum eylemlerine veya kaygı bozukluklarının öyküsüne verilen tepkiler olabilir. İkincil tokofobi doğum olayıyla ilişkilidir ve genellikle travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olan, daha önceki bir negatif veya travmatik doğum deneyiminden sonra gelişen korkularla bağlantılıdır.⁷ Doğum korkusunu tanımlayabilmek için tek sorular şeklinde ölçüm araçları, teşhis kodları gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır. En sık kullanılan Wijma Doğum Beklenti-Deneyim leğidir. Beklenen deneyimlere karşıt u noktalara işaret eden

kelimelerle yaklaşan, bir doğumun bilişsel ve duygusal beklentilerini ifade ettiği 33 maddelik 6 puanlık Likert tipi bir ölçektir. Doğum korkusu genellikle anksiyete durumları içinde çerçevelenir ve doğum korkusunun klinik tanımları sıklıkla çeşitli duygusal bozukluklarınkilere benzer semptom ifadeleriyle karakterize edilir. Ancak doğum korkusunun farklı kaygı parametrelerine ilişkin bulguları yapısal olarak toplanıp değerlendirilemediği için bu sorunun altında yatan psikolojik mekanizmalar hakkında çok az şey bilinmektedir.⁴⁰ Yapılan çalışmalarda İskandinavya'da gebe kadınlarda doğum korkusunun sıklığı yaklaşık %5-10'u yoğun bir korku olmak üzere %20 olarak bildirilmiştir. Avrupa'da sıklık % 1,9-14 arasında değişmektedir. Avustralya'da ise %30 civarında olduğu bildirilmiştir, bu da doğum korkusu hakkında olası kültürel tanımlamalar olduğu hakkında bilgi verebilir. Bununla birlikte sıklıklar arasındaki farklılıklar kullanılan ölçme tekniğine, kadınlar tarafından tanımlanan korku gerçeğine, farklı veri toplama aracı kullanılmasına veya doğumdaki stres hormonlarının düzeyi gibi farklı fizyolojik ölçümlere bağlı olabilir.⁷

2.7. Emzirme

Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için ideal yiyecek sağlamanın eşsiz bir yoludur ve hem anne hem de çocuğun sağlığı üzerinde benzersiz bir biyolojik ve duygusal etkiye sahiptir.⁴² Sağlığa bir çok faydası olduğu bilinen emzirme, bebekler ve anneleri için halk sağlığını geliştirmeye yönelik kilit bir stratejidir.⁴³ Anne sütünün enfeksiyondan koruyucu özellikleri, bebekleri hastalıklara karşı korumaya yardımcı olur.⁴² Doğumun nerede veya nasıl olduğuna bakılmaksızın, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğan anne memesine konulmalıdır. Bu, bebeklere hayatta kalmaları, büyümeleri ve tam potansiyellerine ulaşmaları için şans verir. Emzirme ertelendiği zaman sonuçları hayatı tehdit edici olabilir ve bekledikçe bu risk artar. Doğumdan sonraki ilk saatler ve günler, bebeğin hayatının en tehlikeli dönemlerinden biridir bu yüzden emzirmeye erken başlamak güçlü bir savunma hattı sunar. Emzirme uygulamalarının iyileştirilmesiyle birlikte her yıl büyük çoğunluğu altı aylıktan küçük olan beş yaşın altındaki 800.000'den fazla çocuğun hayatı kurtarılabilir. Hayatta kalmanın ötesinde, emzirmenin çocukların beyin gelişimini arttırdığı ve obeziteye karşı koruma sağladığına dair kanıtlar vardır. Ayrıca annelerin meme kanseri, over kanseri ve tip 2 diyabet olma risklerini düşürerek önemli sağlık yararları sağlar. Temiz suya erişimin olmadığı, yeterli sağlık koşullarının sağlanmadığı ve temel sağlık hizmetlerinin sunulmadığı ortamlarda emzirme hayat kurtarıcıdır. Dünya

Sağlık Örgütü'nün önerilerine göre; bebekler doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeye başlanarak, ilk altı ay boyunca sadece anne sütü verilmeli ve 2 yaşa kadar emzirmeye devam edilmelidir. Bebekler emmek için hazır doğarlar, bu da doğumdan hemen sonra bebeklerin emmelerini, yutmalarını ve bu sayede beslenmelerini sağlar. Yeni doğmuş bebek annenin göğsüne konularak ten tene temas geliştirilmesi sağlanmalıdır bu yakınlık anne ve bebek için hem kısa hem de uzun vadeli faydalar sağlar.⁴⁴ Bu nedenlerden dolayı, sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanları emzirmeyi korumak, teşvik etmek ve desteklemek ve bu konuda gebe ve yeni annelere objektif ve tutarlı önerilerde bulunmak için her türlü çabayı göstermelidir. Emzirmenin sıklığı ve süresi dünyanın birçok yerinde çeşitli sosyal, ekonomik ve kültürel nedenlerle azalmıştır. Modern teknolojilerin kullanılması ve yeni yaşam tarzlarının benimsenmesiyle birlikte, bu geleneksel uygulamaya verilen önem, birçok toplumda gözle görülür biçimde azalmıştır. Annelerin doğumdan sonra bebeklerinden ayrı durmaları, emzirme başlamadan önce bebeklere biberon ile şekerli su ve emzik verilmesi, rutin olarak anne sütü yerine kullanılan maddelerin kullanımının teşvik edilmesi gibi anneleri emzirme için desteklememeleri veya teşvik etmemeleri ya da normal emzirmenin başlatılmasını ve kurulmasını engelleyen durumların olması bu azalışın nedenlerinden bazılarıdır.⁴² Bir diğer faktör de doğum şeklidir.⁴⁵ Özellikle sezaryen doğumunun emzirmeyi olumsuz yönde etkilediğine inanılmaktadır.⁴⁶ Tüm dünyada sezaryen doğumların sıklığı 2005'te %13 iken, 2017'de %20'ye yükselmiştir. Sahra altı Afrika dışında tüm bölgeler sezaryen sıklığında büyük bir artışa tanık olmuşlardır. Tıbbi olarak gerekli olan cerrahi doğumlara erişim, yenidoğan ve anneleri için daha güvenli doğum yapmanın kritik bir parçasıdır. Fakat elektif sezaryen oranlarının artmasının emzirmenin erken başlatılması üzerinde çeşitli sonuçlara neden olmuştur. Erken dönem emzirmeyi sağlamak ve desteklemek için doğum sonrası kritik bir zamandır.⁴³ Doğum sezaryen ile gerçekleştiği zaman anne bütün riskleri ve problemleri olan cerrahi bir hasta haline gelir. Annenin fiziksel şikayetlerinin ve anesteziğin etkilerinin emzirmeye geç başlamasına neden olduğu bulunmuştur.⁴⁵ Çalışmalar cerrahi doğumların erken ten tene temas olasılığını azaltacağını ve emzirmenin erken başlamasını azaltabileceğini göstermektedir. Vajinal doğumla doğmuş yenidoğanlar arasında emzirmeye erken başlangıç oranları sezaryenle doğmuş yenidoğanlarda erken başlangıç oranlarının iki katından fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmalar normal doğum denemesinin ardından çeşitli nedenlerle sezaryen ile doğum yapan kadınların doğumdan

sonraki ilk saat içinde emzirmeye başlayanların oranının elektif sezaryen olan kadınlardan daha fazla olduğunu göstermiştir.⁴³ Doğru destekle sezaryen ile doğum yapan çoğu yenidoğan doğumdan sonraki ilk saat içinde memeye konulabilir. Bununla birlikte, pratikte sezaryen ile doğum yapan kadınlar genellikle, anestezinin etkilerini yönetmek, ameliyattan iyileşmek ve bebeği emniyetli bir şekilde tutmaya yardımcı olmak gibi emzirmeye başlamada önemli zorluklarla karşılaşır.⁴⁴ Tüm dünyada 2005 yılında yaşamının ilk saatinde emzirmeye başlanan bebek oranı %37 iken 2017’de bu oran %42 olmuştur. Yani beş yenidoğandan sadece ikisi yaşamının ilk bir saati içinde memeye konmuştur.⁴³

TNSA 2013’e göre Türkiye’de doğumdan sonra ilk bir saat içinde emziren kadınların oranı %49,9’dur. Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirme hastanede veya sağlık personeli yardımı ile doğan çocuklar arasında daha yaygındır. Kentte bu oran %51,2 iken kırsalda %44,1’dir. Eğitim düzeyi arttıkça doğumdan sonra ilk bir saat içinde emziren kadınların oranı artmaktadır. Hanehalkı refah düzeyine bakıldığı zaman en düşük refah düzeyinde bu oran %40,8 iken en yüksek refah düzeyinde bu oran %53,6’dır.¹³

Tablo 5’te bölgelere göre doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirme oranları verilmiştir.

Tablo 5. Bölgelere Göre Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Emzirme Yüzdesi, 2017⁴⁴

Bölgeler	Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Emzirme Yüzdesi (%)
Dünya Geneline	42
Kuzey Amerika	-
Latin Amerika ve Karayipler	52
Doğu Avrupa ve Orta Asya	56
Doğu Asya ve Pasifik	32
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	35
Doğu ve Güney Afrika	65
Sahraaltı Afrika	-
Batı ve Orta Afrika	40
Güney Asya	40

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Kocaeli İli Derince İlçesinde bulunan on aile sağlığı merkezi ve 43 tane aile hekimliği biriminde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tekniği

Longitudinal araştırma tekniği kullanılmıştır. Veriler gebelik dönemi ve doğum sonrası olmak üzere tüm katılımcılardan en az iki izlem döneminde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve rneği

Araştırmanın evrenini 28 Mayıs 2018 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı daha önce sezaryen doğum yapmamış 28 haftalık ve üstü gebeler (n=200) oluşturmaktadır. rnek seçilmemiş olup tüm evrene ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırmaya toplam 152 gebe (%76) katılmış olup, 39 gebe araştırmaya katılmak istememiş, 6 gebe çalıştığı için aile sağlığı merkezine gelemeyeceğini belirtmiş ve 3 gebe içi nedeniyle Őehir dışında yaşadıkları için araştırmaya katılamamıştır.

Tablo 6’da Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı ve Araştırmaya Katılan 28 Haftalık ve st Gebelerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Sayı ve Yüzde dağılımı verilmiştir.

Tablo 6. Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı ve Araştırmaya Katılan 28 Haftalık ve Üstü Gebelerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Sayı ve Yüzdesi

Aile Sağlığı Merkezleri	28 Haftalık ve Üstü Gebe Sayısı	Araştırmaya Katılan Gebe Sayısı	Araştırmaya Katılan Gebe Yüzdesi (%)
1.Yenikent	48	22	45,8
2.Sırrıpaşa	27	27	100,0
3.Yavuz Sultan	24	19	79,1
4.Çenedağ	20	18	90,0
5.Çınarlı	18	13	72,2
6.İbni Sina	23	18	78,2
7.Mersincik	17	16	94,1
8.Deniz Dumlupınar	8	6	75,0
9.Fatih	12	10	83,3
10.İshakçılar	3	3	100,0
Toplam	200	152	76,0

3.4.Araştırmaya Alma Kriterleri:

28 haftalık ve üstü gebeler

Daha önce sezaryen olmamış gebeler

3.5.Araştırmanın Hipotezleri

3.5.1. Araştırmanın Ana Hipotezi

Kocaeli İli Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebelerde sezaryen doğum tercihi yüksektir.

Kocaeli İli Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebelerde sezaryen doğum sıklığı yüksektir.

Kocaeli İli Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebelerde doğum korkusu ölçeği puanı yüksektir.

Kocaeli İli Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebelerden sezaryen doğum yapanların doğum korkusu ölçeği puanı, normal doğum yapanlardan yüksektir.

3.5.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri

Sezaryen doğum tercihi gebenin yaşına, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna, gebelik sayısına, gebeliğin planlı olma durumuna, gebelik için yardımcı üreme tekniği kullanma durumuna, doğum yöntemi hakkında bilgi alma durumuna, daha önceden düşük veya ölü doğum yaşama durumuna, doğum korkusu yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir.

Normal doğum tercihi gebenin yaşına, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna, gebelik sayısına, gebeliğin planlı olma durumuna, gebelik için yardımcı üreme tekniği kullanma durumuna, doğum yöntemi hakkında bilgi alma durumuna, daha önceden düşük veya ölü doğum yaşama durumuna, doğum korkusu yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir.

Doğum korkusu ölçeği puanı gebenin yaşına, eğitim durumuna, çalışma durumuna, daha önceden düşük veya ölü doğum yaşama durumuna, gebelik sayısına, daha önceden doğum yapma durumuna, gebeliğin planlı olma durumuna, gebelik için yardımcı üreme tekniği kullanma durumuna, gebelik izlemlerinin yapıldığı yere, doğum eğitimi alma durumuna, doğum şekline göre farklılık göstermektedir.

Doğum şekli gebenin yaşına, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna, gebelik sayısına, gebeliğin planlı olma durumuna, gebelik için yardımcı üreme tekniği kullanma durumuna, daha önceden düşük veya ölü doğum yaşama durumuna, doğum korkusu yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir.

Doğumdan sonra emzirme süresi gebenin doğum şekline göre farklılık göstermektedir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Doğum şekli tercihi

Doğum şekli

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

3.6.2.1. Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Değişkenler

Yaş

Medeni durum

Eğitim durumu

Çalışma durumu

Gelir düzeyi

Sosyal güvence

3.6.2.2. Obstetrik Özelliklerle İlgili Değişkenler

Gebelik haftası

Gebelik sayısı

Yardımcı üreme tekniği kullanma durumu

Gebelik planlama durumu

Tekil veya çoğul gebelik olma durumu

Gebelik kontrollerini yaptırdığı yer

Doğum şekli hakkında eğitim alıp almaması

Doğum hakkında hangi kaynaklardan bilgi aldığı

Doğum şekillerinden hangilerini bildiği

Doğum şekli tercih nedenleri

Doğum korkusu ölçeği puanı

3.6.2.3. Postpartum Dönem Özelliklerle İlgili Değişkenler

Doğumu kaçınıcı haftada yaptığı

Doğumu nerde yaptığı

Doğum şekli

Emzirme durumu

Emzirmeye başlama zamanı

Tekrar aynı doğum şeklini tercih etme durumu

3.7. Araştırmanın Veri Kaynağı

Veriler, literatür taraması sonucu elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile bir ölçek kullanılarak toplanmıştır.⁴⁷⁻⁵⁷ (EK -1)

Soru formunun ilk bölümü, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini inceleyen soruları içermektedir.

Soru formunun ikinci bölümünde; gebelerin obstetrik özellikleri, doğum öncesi bakım alma durumu, doğum yöntemi ile ilgili bilgi alma durumu, doğum şekli seçme nedenleri ve doğum yapmayı düşündüğü kurum ile ilgili sorular forma eklenmiştir. Bu bölümde katılımcıların doğum yöntemi tercihi sıklığı ve nedenlerinin sorgulanması hedeflenmiştir.

Soru formunun üçüncü bölümü postpartum dönem özelliklerine ilişkin soruları içermektedir. Doğum şekli, doğum yaptığı yer, emzirme durumu sorgulanması hedeflenmiştir.

Soru formunun dördüncü bölümünde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu kullanılarak doğum korkusu düzeyi belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Tanıtımı

Araştırmada Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilen, 2009 yılında Körükçü tarafından Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği yapılmış olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu kullanılmıştır.⁵¹ Ölçek 33 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı Likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde

çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar;

-düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı ≤ 37),

-orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar),

-ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve

-klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı ≥ 85).⁵¹

Bu değişken analizlerde kullanılması için kategorik hale getirilmiştir. Kesim değeri 85 puan olarak alınmıştır, klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar doğum korkusu var olarak kabul edilmiştir.⁵⁸

3.9.Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formunun ilk kısmı aile sağlığı merkezlerinde mesai saatleri içerisinde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. 28 Mayıs 2018-31 Ağustos 2018 tarihleri arasında Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebe sayısı yüksek olan aile sağlığı merkezinden başlayarak araştırmacı tarafından sırayla gidilmiştir. Aile sağlığı merkezindeki aile hekimlerine kayıtlı olan gebelerin tamamı aile sağlığı merkezi telefonundan aranarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmak isteyenler aile sağlığı merkezine davet edilerek yüz yüze görüşülmüştür. Gebelerle ikinci görüşme gebeliklerinin 36-39. haftaları arasında telefonla yapılmıştır. Bu haftalardan önce doğum yapmış veya 36-39. gebelik haftası içerisinde ilk görüşmesi yapılmış gebelere ikinci görüşme yapılmamıştır. Üçüncü görüşme, gebe doğum yaptıktan sonra telefonla yapılarak veri toplama formunun postpartum kısmı doldurulmuştur.

3.10. Araştırma İle İlgili İzinler

Araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 2018/7.9 karar numarası, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2018/149 proje numarası ve 18.04.2018 karar tarihi ile olur alınmıştır. (EK-2)

Araştırma ile ilgili gerekli idari izinler Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-3) alınmıştır

3.11. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 veri tabanına aktarılmış ve analiz yapılmıştır. İstatistiksel kararlarda anlamlı farklılığın göstergesi olarak $p < 0,05$ seviyesi kabul edilmiştir.

Kategorik verilerin sıklık dağılımları sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük olarak değerlendirilmiştir.

Kategorik verilerin bağımlı değişken ile olan ilişkisini saptayabilmek için bağımsız gruplarda ki-kare testi kullanılmış; sonuçlar Pearson ki-kare, Yates Düzeltmeli ki-kare, Fisher Kesin ki-kare veya Eğimde ki-kare olarak değerlendirilmiştir. Bağımlı gruplarda McNemar testi kullanılmıştır.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda; sürekli değişkenler normal dağılıma uyan yani parametrik koşulları karşılayan durumlarda Student t testi ve One Way Anova testi ile, normal dağılıma uymayan yani parametrik koşulları karşılamayan durumlarda Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon testi ile sınanmıştır.

Sezaryen doğuma etki eden istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenen risk faktörleri ($p < 0,05$) ve etki ettiği düşünülen risk faktörleri çok değişkenli analiz kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.12. Verilerin Toplanması

Hazırlanan veri toplama formunda 2018 Yılı Nisan Ayının sonunda Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran gebelerde yapılan ön uygulamada herhangi bir sorun yaşanmamıştır. Kocaeli İli Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 28 haftalık ve üstü daha önce sezaryen olmamış gebelerden 28 Mayıs 2018-30 Kasım 2018 tarihleri arasında araştırmaya kabul edenlere uygulanmıştır. Soru formunun doldurulması 20-25 dakika sürmüştür.

Tablo 7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Tarih	Konu	Literatür	Soru	İzinler	Veri	Analiz	Rapor	
2017	Eylül	X	X						
	Ekim	X	X						
	Kasım		X	X					
	Aralık		X	X					
2018	Ocak		X	X					
	Şubat		X		X				
	Mart		X		X				
	Nisan		X		X				
	Mayıs		X			X			
	Haziran		X			X			
	Temmuz		X			X			
	Ağustos		X			X			
	Eylül		X			X			
	Ekim		X			X			
	Kasım		X			X			
	Aralık		X				X		
	2019	Ocak		X					X
		Şubat		X					X
Mart			X					X	
Nisan			X					X	
Mayıs			X					X	

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları tanımlayıcı istatistikler, tek değişkenli ve çok değişkenli analizler olarak üç bölümde sunulmuştur.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri katılımcıların kişisel özellikleri, obstetrik özellikleri ve postpartum özellikleri olarak üç bölümde verilmiştir.

4.1.1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Araştırmamıza 152 gebe katılmıştır. Gebelerin ve eşlerinin özellikleri tablolarda sunulmuştur.

Tablo 8'de araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $28,64 \pm 5,68$ yıl, ortanca yaş 27,5, katılımcıların en küçük bireyi 18, en büyük bireyi 44 yaşındadır. Araştırmaya katılan gebelerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında zaman %25'i (38 kişi) 25 yaşın altında, %57,3'ü (87 kişi) 25 ve 34 yaş aralığında, %17,7'si de (27 kişi) 35 yaş ve üzerindedir. Gebelerin hepsi (152 kişi) evli olduğunu belirtmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında zaman %5,3'ü (8 kişi) okur-yazar, %13,8'i (21 kişi) ilkokul mezunu, %16,4'ü (25 kişi) ortaokul mezunu, %29,6'sı (45 kişi) lise mezunu, %15,8'i (24 kişi) önlisans mezunu, %19,1'i de (29 kişi) lisans mezunudur. Araştırmaya katılan gebelerin %73,0'ü (111 kişi) çalışmamakta, %23,7'si (36 kişi) ücretli bir işte çalışmakta, %3,3'ü de (5 kişi) kendi hesabına çalışmaktadır. Gebelerin %90,1'i (137 kişi) çekirdek aile, %9,9'u (15 kişi) geniş ailede yaşamaktadır. Katılımcıların hepsinin sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri

Özellik (n:152)		Sayı	Yüzde
Yaş Grubu	<25 yaş	38	25,0
	25-34 yaş	87	57,3
	35 yaş ve üzeri	27	17,7
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	8	5,3
	İlkokul	21	13,8
	Ortaokul	25	16,4
	Lise	45	29,6
	Önlisans	24	15,8
	Lisans	29	19,1
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	111	73,0
	Ücretli	36	23,7
	Kendi hesabına	5	3,3
Toplam Hanehalkı	≤3 kişi	120	78,9
	4 kişi	18	11,9
	5 kişi	7	4,6
	≥6 kişi	7	4,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	137	90,1
	Geniş Aile	15	9,9
Toplam		152	100,0

Tablo 9’da Araştırmaya katılan gebelerin hanehalkı kişi sayısı ve aylık gelir dağılımları verilmiştir. Katılımcıların aylık gelir ortalaması 3530 ± 1404 TL olup, ortanca değer 3000 TL, en küçük değer 1400 TL, en büyük değer 8000 TL’dir. Katılımcıların hanehalkı kişi sayısı ortalaması $2,77 \pm 1,4$ olup, ortanca değer 2, en küçük değer 2, en büyük değer 10’dur. Kişi başına düşen aylık gelir ortalaması 1497 ± 766 TL, ortanca değer 1500TL, en küçük değer 200TL, en büyük değer 3500TL’dir.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Gebelerin Hanehalkı Kişi Sayısı ve Aylık Gelir Dağılımı

Özellik	n	Ort.± SS	Ortanca Değer	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Aylık gelir (TL)	152	3530 ± 1404	3000	1400	8000
Evde Yaşayan Toplam Kişi Sayısı	152	2,77 ± 1,4	2,0	2	10
Kişi Başına Düşen Aylık Gelir (TL)	152	1497±766	1500	200	3500

Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Gebelerin Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Özellik (n:152)	Sayı	Yüzde	
Yaş Grubu (yıl)	<25 yaş	10	6,6
	25-34 yaş	95	62,5
	35 yaş ve üzeri	47	30,9
Eğitim Durumu	İlkokul	14	9,2
	Ortaokul	36	23,7
	Lise	52	34,2
	Önlisans	18	11,8
	Lisans	32	21,1
Çalışma Durumu	Ücretli	128	84,2
	Kendi hesabına	18	11,9
	Yevmiyeli	4	2,6
	İşveren	2	1,3
Toplam	152	100,0	

Tablo 10'da Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin Sosyo-Demografik özellikleri verilmiştir. Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması $32,30 \pm 6,1$ yıl, ortanca değeri 32 yıl, katılımcıların eşlerinin en küçük bireyi 21, en büyük bireyi 58 yaşındadır. Katılımcıların

eşlerinin %6,6'sı (10 kişi) 25 yaşın altında, %62,5'i (95 kişi) 25 ve 34 yaş aralığında, %30,9'u (47 kişi) 35 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığı zaman %9,2'sinin (14 kişi) ilkokul mezunu, %23,7'sinin (36 kişi) ortaokul mezunu, %34,2'sinin (52 kişi) lise mezunu, %11,8'inin (18 kişi) önlisans mezunu, %21,1'inin (32 kişi) lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eşlerinin hepsi çalışmaktadır; %84,2'si (128 kişi) ücretli, %11,9'u (18 kişi) kendi hesabına, %2,6'sı (4 kişi) yevmiyeli, %1,3'ünün (2 kişi) işveren olarak çalıştığı görülmüştür.

4.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Tablo 11'de araştırmaya katılan gebelerin ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, görüşülen gebelik haftası, gebeliği tespit ettiği hafta, sağlık kurumuna başvurduğu hafta, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısının ortalama, ortanca, en küçük ve en büyük değeri verilmiştir. İlk evlenme yaşı ortalaması $24,05 \pm 4,54$ yıl, ortanca değeri 24 yıldır. Katılımcılardan ilk evlenme yaşı en küçük olan 15, en büyük olan 39 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların ilk gebelik yaş ortalamaları $25,42 \pm 4,9$ yıl olup, ortanca değer 25, en küçük değer 15, en büyük değer 42'dir. Katılımcılarla ilk görüşülen gebelik haftası ortalaması $31,27 \pm 3,1$ hafta olup, ortanca değer 30 hafta, en küçük değer 28, en büyük değer 38'dir. Katılımcıların gebeliklerini tespit ettikleri hafta ortalaması $5,3 \pm 1,9$ hafta, ortanca değeri 5 hafta, en küçük değer 2, en büyük değer 18'dir. Katılımcıların sağlık kurumuna başvurdukları hafta ortalaması $5,5 \pm 1,9$ hafta olup, ortanca değer 5, en küçük değer 2, en büyük değer ise 18'dir. Katılımcıların gebelik sayısı ortalamaları $1,79 \pm 1,07$, ortanca değeri 1, en küçük değer 1, en büyük değer 6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,71 \pm 0,8$, ortanca değeri 2, en küçük değeri 1, en büyük değeri 4 olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelik ve Gebelik Haftası İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	Ort.± SS	Ortanca Değer	En Küçük Değer	En Büyük Değer
İlk Evlilik Yaşı (yıl)	152	24,05±4,54	24,00	15	39
İlk Gebelik Yaş (yıl)	152	25,42±4,9	25,0	15	42
Gebelik Haftası	152	31,27±3,1	30,0	28	38
Gebeliğin Tespit Edildiği Hafta	152	5,3±1,9	5,0	2	18
Sağlık Kurumuna Başvurduğu Gebelik Haftası	152	5,5±1,9	5,0	2	18
Gebelik Sayısı	152	1,79±1,07	1,0	1	6
Yaşayan Çocuk Sayısı	45	1,71±0,8	2	1	4

Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Tablo 12’de araştırmaya katılan gebelerin daha önceki gebeliklerine ait özellikler verilmiştir. Katılımcıların %56,6’sının (86 kişi) ilk gebeliği, %18,4’ünün (28 kişi) ikinci gebeliği, %16,4’ünün (25 kişi) üçüncü gebeliği, %7,2’sinin (11 kişi) dördüncü gebeliği, %0,7’sinin (bir kişi) beşinci gebeliği, %0,7’sinin (bir kişi) altıncı gebeliğidir.

Katılımcılardan %31,6’sı (48 kişi) daha önce doğum yapmıştır. Daha önce doğum yapmış gebelerin gebelikleri arasındaki sürenin en az iki yıl olması gerektiği göz önüne alınarak en son doğum tarihlerine göre kategorize edilmiştir.⁵⁹ Katılımcılardan en son doğumunun üstünden iki yıl ve daha az geçmiş olanlar %29,1 (14 kişi), iki yıldan daha çok geçmiş olanlar %70,9 (34 kişi)’dir. Katılımcıların %48,8’inin (22 kişi) bir, %35,5’inin (16 kişi) iki, %11,1’inin (beş kişi) üç, %4,6’sının (iki kişi) dört yaşayan çocuğu vardır. Katılımcılardan %19,7’sinin (30 kişi) daha önceki gebeliğinde istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum öyküsü olduğu bulunmuştur.

Tablo 12.Araştırmaya Katılan Gebelerin Daha Önceki Gebeliklerinin Özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Gebelik Sayısı (n:152)	1	86	56,6
	2	28	18,4
	3	25	16,4
	4	11	7,2
	5	1	0,7
	6	1	0,7
Doğum Yapma Durumu	Evet	48	31,6
	Hayır	104	68,4
Doğum Aralığı (n:48)	≤2 yıl	14	29,1
	>2 yıl	34	70,9
Yaşayan Çocuk Sayısı (n:45)	1	22	48,8
	2	16	35,5
	3	5	11,1
	4	2	4,6
İstemli Düşük, İstemsiz Düşük veya Ölü Doğum Varlığı (n:152)	Evet	30	19,7
	Hayır	122	80,3
İstemli Düşük (n:152)	Evet	12	7,9
	Hayır	140	92,1
İstemli Düşük Sayısı (n:12)	1	11	91,6
	2	1	8,4
İstemsiz Düşük (n:152)	Evet	18	11,8
	Hayır	134	88,2
İstemsiz Düşük Sayısı (n:18)	1	11	61,1
	2	6	33,3
	3	1	5,6
Ölü Doğum (n:152)	Evet	4	2,6
	Hayır	148	97,4

Tablo 13'te araştırmaya katılan gebelerin yardımcı üreme tekniği kullanma durumu, kullanılan yardımcı üreme tekniği, gebeliğin planlı olma durumu, gebeliğin tekil veya çoğul olma durumu, gebelikten önce veya gebelik süresince ilaç kullanma durumu ve gebeliğini tespit etme şekli verilmiştir. Katılımcıların %5,9'u (9 kişi) gebelik için yardımcı üreme tekniği kullanmıştır. Yardımcı üreme tekniği kullananlar ilaç (4 kişi), tüp bebek (3 kişi), aşılama (2 kişi) tedavisiyle gebe kalmıştır. Katılımcıların %81,6'sının (124 kişi) gebeliği planlı, %98,7'si (150 kişi) tekil gebeliktir. Katılımcıların %93,4'ü (142 kişi) gebelikten önce sürekli bir ilaç kullanmamaktadır. İlaç kullananlar tiroid (5 kişi), kan (2 kişi), alerji (2 kişi), mide (1 kişi) ilacı kullanmaktadır. Katılımcıların %88,8'i (135 kişi) Sağlık Bakanlığı doğum öncesi bakım ve yönetim rehberine uygun olarak gebelikleri boyunca vitamin ve mineral desteği aldığını, %9,2'si (14 kişi) vitamin ve mineral desteğine ek olarak başka ilaç kullandığını, %2'si de (3 kişi) vitamin ve mineral desteği dahil olmak üzere hiçbir ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Gebelik sırasında kullandıkları ilaçlar sırasıyla tiroid ilaçları (11 kişi) ve aspirin (3 kişi) olmuştur. Katılımcıların %59,9'u (91 kişi) eczaneden aldıkları gebelik testi ile, %23,7'si (36 kişi) hastanede kan tahlili ile, %16,4'ü (25 kişi) ASM'de kan tahlili ile gebeliklerini tespit ettiklerini belirtmiştir.

Tablo 14'te araştırmaya katılan gebelerin gebelikleri ile ilgili izlem özellikleri verilmiştir. Katılımcıların %48,7'si (74 kişi) ASM'ye gebelikle ilgili gebelik bildirimini, %43,4'ü (66 kişi) gebelik tespiti, %7,9'u da (12 kişi) kontrol için başvurmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin hepsi ASM'ye izlem için geldiklerini belirtmişlerdir. ASM dışındaki gebelik izlem yerlerine bakıldığı zaman %52'si (79 kişi) özel hastane, %43,4'ü eğitim araştırma veya üniversite hastanesi, %4,6'sı (7 kişi) devlet hastanesinde izlem yaptırmaktadır. Gebelik izlemleri sırasında tüm katılımcılar doğum öncesi bakımı aile hekimleri, aile sağlığı elemanı ve kadın doğum uzmanı tarafından aldıklarını ve gebelik haftaları ile uyumlu olarak kontrole gittiklerini belirtmişlerdir. Gebelik izlemlerine %62,5'i (95 kişi) eşiyle birlikte, %32,3'ü (49 kişi) kendi, %3,9'u (6 kişi) eşinin ailesiyle, %1,3'ü de (2 kişi) kendi ailesiyle birlikte gitmiştir. Katılımcıların tamamı gebelik izlemleri sırasında sağlık sorunu yaşamadıklarını ve herhangi bir sebeple hastaneye yatmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinin Özellikleri

Özellik (n:152)		Sayı	Yüzde
Yardımcı Üreme Tekniği Kullanma Durumu (n:152)	Evet	9	5,9
	Hayır	143	94,1
Gebeliğin Planlı Olma Durumu (n:152)	Evet	124	81,6
	Hayır	28	18,4
Gebelik (n:152)	Tekil	150	98,7
	Çoğul	2	1,3
Gebelikten Önce Sürekli İlaç Kullanma Durumu (n:152)	Evet	10	6,6
	Hayır	142	93,4
Gebelik Sırasında Sürekli İlaç Kullanma Durumu (n:152)	Hayır	3	2,0
	Gebelikteki vitamin, mineral desteği	135	88,8
	Gebelikteki vitamin, mineral desteği ve başka ilaç	14	9,2

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Gebelerin Gebelikleri İle İlgili İzlem Özellikleri

Özellik (n:152)		Sayı	Yüzde
ASM'ye Gebelikle İlgili İlk Başvuru Nedenleri	Gebelik bildirim	74	48,7
	Gebelik tespiti	66	43,4
	Kontrol	12	7,9
Gebelik İzlem Yerleri	Özel Hastane	79	52,0
	Eğitim Araştırma veya Üniversite Hastanesi	66	43,4
	Devlet Hastanesi	7	4,6
Sağlık Kurumuna Birlikte Başvurduğu Kişi	Eşimle birlikte	95	62,5
	Kendim	49	32,3
	Eşimin ailesiyle	6	3,9
	Kendi ailemle	2	1,3

Tablo 15'te araştırmaya katılan gebelerin buldukları ilçe sağlık müdürlüğünde doğuma hazırlık eğitimi hakkındaki bilgileri, doğum eğitimi alma durumları ve doğum yöntemi ile ilgili bilgi alma durumları verilmiştir. Katılımcıların %47,4'ü (72 kişi) ilçe sağlık müdürlüğünde doğuma hazırlık eğitimi olduğunu bilmektedir ve %11,8'i (18 kişi) doğuma hazırlık eğitimi almıştır. Katılımcıların %55,9'u (85 kişi) internet/televizyon (TV) gibi iletişim araçlarından, %27,6'sı (42 kişi) doktorundan, %18,4'ü (28 kişi) daha önce doğum yapmış arkadaşlarından, %16,4'ü (25 kişi) ebe/hemşiresinden, %13,1'i (20 kişi) aile büyüklerinden, %11,8'i (18 kişi) doğuma hazırlık sınıflarından, %9,2'si (14 kişi) kitap ve dergilerden bilgi aldığını, %31,5'i de (48 kişi) kendisi doğum yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %69,1'i (105 kişi) doğum öncesi bakım yapan kişinin doğum ve gebelikle ilgili verdiği bilgileri yeterli bulmuştur.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğuma Hazırlık Eğitimi, Doğum Yöntemi veya Gebelikle İle Bilgi Alma Durumları

Özellik (n:152)		Sayı	Yüzde
Doğuma Hazırlık Sınıfı Olduğunu Bilme Durumu	Evet	72	47,4
	Hayır	80	52,6
Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumu	Evet	18	11,8
	Hayır	134	88,2
Doğumla İlgili Bilgi Aldığı Kaynak*	İnternet/TV Gibi İletişim Araçları	85	55,9
	Kendisi Daha Önce Doğum Yapmış	48	31,5
	Doktor	42	27,6
	Daha Önce Doğum Yapmış Arkadaşlar	28	18,4
	Ebe/hemşire	25	16,4
	Aile Büyükleri	20	13,1
	Doğuma Hazırlık Sınıfları	18	11,8
	Kitap Dergi	14	9,2
Doğumla İlgili Verilen Bilginin Yeterli Bulma	Evet	105	69,1
	Hayır	47	30,9

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 16'da; araştırmaya katılan gebelerin doğum Şekillerini bilme durumları, doğum Şekli tercihi, doğum Şekli tercihine birlikte karar verdiği kişi ve doğum anında eşini yanında isteme durumu verilmiştir. Katılımcıların %98,6'sı (150 kişi) sezaryen doğum, %59,8'i (91 kişi) ağrısız normal doğumu, %53,2'si (81 kişi) suda normal doğum, hepsi normal vajinal doğumu bilmektedirler. Katılımcılardan %77,6'sı (118 kişi) normal vajinal doğumu, %11,8'i (18 kişi) sezaryen doğumu, %10,6'sı de (16 kişi) ağrısız normal doğumu doğum Şekli olarak tercih ettiklerini sۆylemiřlerdir. Katılımcıların %70,4'ü (107 kişi) kendisi, %25,7'si (39 kişi) eşiyle birlikte, %2,6'sı (4 kişi) doktoruyla, %1,3'ü (2 kişi) aile bۆyukleriyle birlikte doğum Şekline karar vermiştir. Katılımcıların %50'si doğum anında eşinin yanında olmasını istemektedir. Katılımcıların tamamı gebeliklerinin ilk haftalarında da aynı doğum Şeklini tercih ettiklerini ve gebeliklerinin ilerlemesiyle birlikte bu tercihlerinin değişmediğini belirtmiştir.

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Şekli Tercihi İle İlgili ۆzellikler

Özellik (n:152)		Sayı	Yüzde
Doğum Şekli Bilme Durumu*	Normal Vajinal Doğum	152	100,0
	Sezaryen Doğum	150	98,6
	Epidural Anestezi ile Normal Doğum	91	59,8
	Suda Normal Doğum	81	53,2
Doğum Şekli Tercihi	Normal Vajinal Doğum	118	77,6
	Sezaryen Doğum	18	11,8
	Epidural Anestezi ile Normal Doğum	16	10,6
Doğum Şekli Tercihine Birlikte Karar Verdiği Kişi	Kendisi	107	70,4
	Eşiyle Birlikte	39	25,7
	Doğum ۆncesi Bakım Veren Hekimle	4	2,6
	Aile Bۆyukleri	2	1,3
Doğum Anında Eşini Yanında İsteme Durumu	Evet	76	50,0
	Hayır	76	50,0

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 17'de araştırmaya katılan gebelerin normal doğum ve sezaryen doğum tercih etme nedenleri verilmiştir. Ağrısız doğum isteyen katılımcılar da normal doğum içine dahil

edilmiştir. Normal doğum tercih edenlerin tamamı doğal bir süreç ve bebek için daha sağlıklı olması nedeniyle, %99,2'si (133 kişi) anne için daha sağlıklı olması, %97,7'si (131 kişi) daha hızlı iyileşme, %91,7'si (123 kişi) bebekle daha erken etkileşim sağlanabilmesi, %90,2'si (121 kişi) emzirmenin daha kolay olması, %89,5'i (120 kişi) doğumdan sonra daha az ağrı olması, %76,1'i (102 kişi) hastanede doğum nedeniyle daha kısa süre kalma, %58,9'u (79 kişi) ailedekilerin veya arkadaşların önerileri, %55,2'si (74 kişi) batında yara izi olmaması, %55,2'si (74 kişi) normal doğum deneyimini yaşamayı istediği için, %52,9'unun (71 kişi) doktorunun önerisi, %46,2'si (62 kişi) operatif veya anestezi riskin olmaması, %44'ü (59 kişi) doğumdan sonra daha hızlı kilo vermek, %39,5'inin (53 kişi) normal doğumda doğum sınırının olmaması nedeniyle normal doğum tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Sezaryen doğum tercih eden katılımcıların %94,4'ü (17 kişi) doğum anının ağrısız olması, %66,6'sı (12 kişi) bebek sağlığı için daha güvenli olduğunu düşünme, %66,6'sı (12 kişi) anne sağlığı için daha güvenli olduğunu düşünme, %50'si (9 kişi) pelvik taban zedelenmesini azaltmak için, %33,3'ü (6 kişi) acil sezaryenden kaçınma, %27,7'si (5 kişi) bebeğin doğum zamanını seçebilmek, %22,2'si (4 kişi) gebelik izlemlerini yapan sağlık personelinin doğumunu yaptırabilmesi isteği, %16,6'sı (3 kişi) daha önceki normal doğumunda olumsuz tecrübe yaşaması, %16,6'sı (3 kişi) arkadaş veya ailedekilerin önerileri, %5,5'i (1 kişi) doktorunun önerisi ile sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir.

Tablo 18'de araştırmaya katılan gebelerin doğum yapmayı düşündükleri kurum ve nedenleri verilmiştir. Katılımcıların %95,4'ü (145 kişi) doğum yapmayı düşündüğü kurumu belirlemiş, %2,6'sı (4 kişi) belirlememiş, %2'si (3 kişi) bu konuda karar vermemiştir. Katılımcılardan doğum yapacağı yere karar verenlerin %48,3'ü (70 kişi) özel hastanede, %46,9'u (68 kişi) eğitim araştırma veya üniversite hastanesinde, %4,8'i (7 kişi) devlet hastanesinde doğum yapmayı planladığını belirtmiştir. Katılımcıların %92,4'ü (134 kişi) gebelik izlemi yapan doktorunun o hastanede olması, %7,6'sı da (11 kişi) maddi nedenlerden dolayı doğum yapmayı düşündükleri kurumu seçmişlerdir.

Tablo 17.Doğum Şekli Tercihi Nedenleri

Özellik	Sayı	Yüzde	
Normal Doğum* (n:134)	Doğal bir süreç	134	100,0
	Daha sağlıklı bebek	134	100,0
	Daha sağlıklı anne	133	99,2
	Daha hızlı iyileşme	131	97,7
	Bebekle etkileşimin daha erken olması	123	91,7
	Emzirmenin daha kolay olması	121	90,2
	Doğumdan sonra daha az ağrı	120	89,5
	Hastanede kalma süresinin daha az olması	102	76,1
	Arkadaş veya ailedekilerin önerileri	79	58,9
	Batında yara izi olmaması	74	55,2
	Normal doğum deneyimini yaşamayı istemek	74	55,2
	Doktorun önerisi	71	52,9
	Operatif veya anestezi riskin olmaması	62	46,2
	Daha hızlı kilo verme	59	44,0
Doğum sınırının olmaması	53	39,5	
Sezaryen Doğum* (n:18)	Doğum anının ağrısız olması	17	94,4
	Bebek sağlığı için daha güvenli	12	66,6
	Anne için daha güvenli	12	66,6
	Pelvik taban zedelenme riskini azaltmak	9	50,0
	Acil sezaryenden kaçınma	6	33,3
	Bebeğin doğum zamanının seçilebilmesi	5	27,7
	Gebelik izlemlerini yapan kişinin doğumu yaptırabilmesi isteği	4	22,2
	Daha önce vajinal doğumda olumsuz tecrübe	3	16,6
	Arkadaş veya ailedekilerin önerileri	3	16,6
	Doktorun önerisi	1	5,5

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Yapmayı Düşündüğü Kurum İle İlgili Özellikler

Özellik		Sayı	Yüzde
Doğum İçin Kurum Belirleme Durumu (n:152)	Evet	145	95,4
	Hayır	4	2,6
	Karasızım	3	2,0
Doğum İçin Belirlenen Kurum (n:145)	Özel Hastane	70	48,3
	Eğitim Araştırma veya Üniversite Hastanesi	68	46,9
	Devlet Hastanesi	7	4,8
Kurumu Seçme Nedeni (n:145)	Gebelik İzlemi Yapan Doktor	134	92,4
	Maddi Nedenler	11	7,6

Tablo 19’da araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu puan dağılımları verilmiştir. Ölçeğin birinci uygulanmasındaki puan ortalaması $60,6 \pm 22,1$, ortanca değer 62, en küçük değer 0, en büyük değer 109’dur. Ölçeğin ikinci uygulamasındaki puan ortalaması $69,7 \pm 20,1$, ortanca değer 72, en küçük değer sıfır, en büyük değer 110’dur.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puan Dağılımı

Özellik	n	Ort.± SS	Ortanca Değer	En Küçük Değer	En Büyük Değer
1.Uygulama	152	$60,6 \pm 22,1$	62	0	109
2.Uygulama	133	$69,7 \pm 20,1$	72	0	110

Tablo 20. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puan Gruplaması

Özellik	1.Uygulama (n:152)		2.Uygulama (n:133)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düşük Derecede Doğum Korkusu ≤ 37 puan	22	14,5	8	6,0
Orta Derecede Doğum Korkusu 38-65 puan	65	42,7	37	27,8
Ağır Derecede Doğum Korkusu 66-84 puan	46	30,3	56	42,1
Klinik Derecede Doğum Korkusu ≥ 85 puan	19	12,5	32	24,1

Tablo 20'de Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu puanları kategorize edilmiş olarak verilmiştir. Katılımcıların birinci uygulamasında %14,5'inde (22 kişi) düşük derecede doğum korkusu, %42,7'sinde (65 kişi) orta derecede doğum korkusu, %30,3'ünde (46 kişi) ağır derecede doğum korkusu ve %12,5'inde (19 kişi) klinik derecede doğum korkusu vardır. Katılımcıların ikinci uygulamasına bakıldığı zaman %6'sında (8 kişi) düşük derecede doğum korkusu, %27,8'inde (37 kişi) orta derecede doğum korkusu, %42,1'inde (56 kişi) ağır derecede doğum korkusu, %24,1'inde (32 kişi) klinik derecede doğum korkusu olduğu bulunmuştur.

4.1.3. Katılımcıların Postpartum Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin postpartum özellikleri verilmiştir. Katılımcıların doğum yaptıkları hafta ortalaması $39,18 \pm 1,4$ hafta, ortanca değer 39 hafta, en küçük değer 30. hafta, en büyük değer 42. hafta olarak bulunmuştur.

Tablo 21'de; araştırmaya katılan gebelerin doğum yaptıkları hafta, doğum yaptıkları kurum, doğum şekli ve sonraki gebeliklerinde aynı doğum şeklini tercih etme durumu verilmiştir. Katılımcıların %55,3'ü (84 kişi) 39. hafta ve öncesinde, %44,7'si (68 kişi) 40. hafta ve sonrasında doğum yapmıştır. Katılımcıların %51,3'ü (78 kişi) özel hastanede, %41,4'ü (63 kişi) eğitim araştırma veya üniversite hastanesinde, %7,3'ü (11 kişi) devlet

hastanesinde doğum yapmıştır. Doğum şekillerine bakıldığı zaman katılımcıların %51,3'ü (78 kişi) sezaryen doğum, %47,2'si (72 kişi) normal vajinal doğum, %1,3'ü (2 kişi) ağrısız normal vajinal doğum yapmıştır. Katılımcılardan %92,8'i (141 kişi) doktor, %7,2'si (11 kişi) kendisi doğum şekline karar verdiğini bildirmiştir. Katılımcıların %50,6'sının (77 kişi) doğumu izlemi yapan sağlık personeli tarafından yapılmıştır. Katılımcıların tamamının doğumu bir doktor tarafından gerçekleştirilmiştir ve doğum anında eşleri yanlarında bulunmamıştır. Katılımcıların %61,2'si (93 kişi) tekrar gebe kalırsa aynı doğum şeklini tercih edeceğini belirtmiştir. Katılımcılardan tekrar gebe kalırsa başka doğum şeklini tercih edecek olanların %55,9'u (33 kişi) normal vajinal doğumu, %42,4'ü (25 kişi) ağrısız normal vajinal doğumu, %1,7'si (1 kişi) sezaryen doğumu tercih edeceğini ifade etmiştir. Başka doğum şekli tercih etme nedenlerine bakılırsa %94,9'u (56 kişi) daha sağlıklı olduğu için, %5,1'i de (3 kişi) doğum sırasındaki ağrı nedeniyle olduğunu belirtmiştir.

Tablo 22'de araştırmaya katılan sezaryen doğum yapmış gebelerin sezaryen doğum nedenleri verilmiştir. Katılımcıların %46,2'si (36 kişi) ilerlemeyen eylem, %20,6'sı (16 kişi) fetal stres, %14,2'si (11 kişi) kendi isteği, % 6,4'ü (5 kişi) doktorun tercihi, %3,9'u (3 kişi) plasenta anomalileri, %3,9'u (3 kişi) baş pelvis uyumsuzluğu, %2,4'ü (2 kişi) makat geliş, %2,4'ü (2 kişi) çoğul gebelik nedeni ile sezaryen doğum gerçekleştirmiştir.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğumla İlgili Özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Doğum Yapılan Hafta (n:152)	39 ve Altı	84	55,3
	40 ve Üstü	68	44,7
Doğum Yapılan Kurum (n:152)	Özel Hastane	78	51,3
	Eğitim Araştırma veya Üniversite Hastanesi	63	41,4
	Devlet Hastanesi	11	7,3
Doğum Şekli (n:152)	Sezaryen Doğum	78	51,3
	Normal Vajinal Doğum	72	47,4
	Epidural Anestezi ile Normal Doğum	2	1,3
Doğum Şekli Kararı	Doktor	141	92,8
	Kendisi	11	7,2
Doğum İzlemini Yapan Sağlık Personelinin Doğumu Gerçekleştirmesi	Evet	77	50,6
	Hayır	75	49,4
Sonraki Gebelikte Aynı Doğum Şeklini Tercih Etme Durumu	Evet	93	61,2
	Hayır	59	38,8
Sonraki Gebelikte Doğum Şekli Tercihleri (n:59)	Normal Vajinal Doğum	33	55,9
	Ağrısız Normal Vajinal Doğum	25	42,4
	Sezaryen Doğum	1	1,7

Tablo 23’de araştırmaya katılan gebelerin doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı verilmiştir. Katılımcıların %11,8’i (18 kişi) hemen sonra, %26,3’ü (40 kişi) ilk yarım saat içinde, %32,2’si (49 kişi) bir saat içinde, %29,7’si (45 kişi) daha geç emzirebilmiştir.

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sezaryen Doğum Nedenleri

Özellik (n:78)		Sayı	Yüzde
Sezaryen Doğum Nedenleri	İlerlemeyen eylem	36	46,2
	Fetal stress	16	20,6
	Kendi isteğim	11	14,2
	Doktorumun tercihi	5	6,4
	Plasenta anomalileri	3	3,9
	Baş Pelvis uyumsuzluğu	3	3,9
	Makad geliş	2	2,4
	Çoğul gebelik	2	2,4

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğumdan Sonra Emzirmeye Başlama Zamanları

Özellik (n:152)		Sayı	Yüzde
Doğumdan Sonra Emzirmeye Başlama Zamanı	Hemen sonra	18	11,8
	İlk yarım saat içinde	40	26,3
	Bir Saat İçinde	49	32,2
	Daha geç	45	29,7

4.2. Tek Değişkenli Analizler

Bu bölümde doğum tercihi, doğum şekli ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Tablolar tek değişkenli analizler halinde, hem doğum tercihi hem de doğum şekli olarak düzenlenmiştir.

4.2.1. Kadınların Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri ve Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerden normal doğum yapanların yaş ortalaması $28,97 \pm 5,7$, ortanca değeri 28, en küçük değer 18, en büyük değer 43'tür. Sezaryen doğum yapanların yaş ortalaması $28,32 \pm 5,6$, ortanca değeri 27, en küçük değer 18, en büyük değer 44'tür.

Normal doğum yapanlarla sezaryen doğum yapanların yaş ortalamaları karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 24'te araştırmaya katılan gebelerin yaş grupları ve eğitim durumlarına göre doğum şekli tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerden 25 yaşın altında olanların %89,5'i (34 kişi) normal doğumu, %10,5'i (4 kişi) sezaryen doğumu; 25-34 yaş grubunda olanların %89,7'si (78 kişi) normal doğumu, %10,3'ü (9 kişi) sezaryen doğumu; 35 yaş ve üstü olanların %81,5'i (22 kişi) normal doğumu, %18,5'i (5 kişi) sezaryen doğumu tercih etmiştir. Katılımcıların yaş grupları ile doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan gebelerden 25 yaş altında olanların %50'si (19 kişi) normal doğum, %50'si (19 kişi) sezaryen doğum; 25-34 yaş grubunda olanların %44,8'i (39 kişi) normal doğum, %55,2'si (48 kişi) sezaryen doğum; 35 yaş ve üstü olanların %59,3'ü (16 kişi) normal doğum, %40,7'si (11 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Katılımcıların yaş grupları ile doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları karşılaştırılma yapılabilmesi için birleştirilmiştir. Katılımcılardan okuryazar olan veya ilkokul bitiren kadınların %79,32'ü (23 kişi) normal doğumu, %20,7'si (6 kişi) sezaryen doğumu; ortaokul veya lise mezunu olan kadınların %91,4'ü (64 kişi) normal doğumu, %8,6'sı (6 kişi) sezaryen doğumu; önlisans ve üzeri mezun olan kadınların %88,7'si (47 kişi) normal doğumu, %11,3'ü (6 kişi) sezaryen doğumu tercih etmiştir. Katılımcıların eğitim durumları ile doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcılardan okuryazar olan veya ilkokul bitiren kadınların %58,6'sı (17 kişi) normal doğum, %41,4'ü (12 kişi) sezaryen doğum; ortaokul veya lise mezunu olan kadınların %50'sinin (35 kişi) normal doğum, %50'sinin (35 kişi) sezaryen doğum; önlisans ve üzeri mezun olan kadınların %41,5'i (22 kişi) normal doğum, %58,5'i (31 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların eğitim durumları ile doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24. Yaş Grupları ve Eğitim Durumuna Göre Doğum Tercihi ve Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Özellik	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları								
<25 yaş	34	89,5	4	10,5	19	50,0	19	50,0
25-34 yaş	78	89,7	9	10,3	39	44,8	48	55,2
35 ve üstü	22	81,5	5	18,5	16	59,3	11	40,7
	$\chi^2:0,786^* \quad p:0,375$				$\chi^2: 0,344^* \quad p:0,558$			
Eğitim Durumu								
Okuryazar/ İlkokul mezunu	23	79,3	6	20,7	17	58,6	12	41,4
Ortaokul/ Lise Mezunu	64	91,4	6	8,6	35	50,0	35	50,0
Önlisans ve üzeri	47	88,7	6	11,3	22	41,5	31	58,5
	$\chi^2:0,983^* \quad p:0,322$				$\chi^2:2,272^* \quad p:0,132$			

*Eğimde ki-kare

Tablo 25’de araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Çalışan kadınların %82,9’u (34 kişi) normal doğumu, %17,1’i (7 kişi) sezaryen doğumu; çalışmayan kadınların %90,1’i (100 kişi) normal doğumu, %9,9’u (11 kişi) sezaryen doğumu tercih etmiştir. Kadınların çalışma durumu ile doğum tercihleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışan kadınların %34,1’i (14 kişi) normal doğum, %65,9’u (27 kişi) sezaryen doğum; çalışmayan kadınların %54,1’i (60 kişi) normal doğum, %45,9’u (51 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların çalışma durumu ile doğum şekli karşılaştırıldığı zaman iki

grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan kadınlarda sezaryen doğum şekli anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 25. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri

Özellik (n:152)	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışıyor	34	82,9	7	17.1	14	34,1	27	65,9
Çalışmıyor	100	90,1	11	9.9	60	54,1	51	45,9
Toplam	134	88,2	18	11.8	74	48,7	78	51,3
	$\chi^2:0,865$ $p:0,260^{**}$				$\chi^2:3,986^*$ $p:0,046$			

*Yates' ki-kare

**Fisher's Exact Test

Tablo 26. Aylık Toplam Gelir ve Kişi Başına Düşen Aylık Gelir Düzeyleri

Özellik	n	Ort.± SS	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p değeri
Aylık Toplam Gelir (TL)						
Normal Doğum	74	3449±1506	3000	1400	8000	p:0,179
Sezaryen Doğum	78	3607±1306	3250	1800	7000	
Kişi Başına Düşen Aylık Gelir (TL)						
Normal Doğum	74	1291±743	1250	333	3500	p:0,000
Sezaryen Doğum	78	1692±740	1500	200	3500	

Mann Whitney U Testi

Tablo 26'da araştırmaya katılan gebelerin doğum şekillerine göre aylık toplam gelir ve kişi başına düşen aylık gelir dağılımları verilmiştir. Normal doğum yapan katılımcıların aylık toplam gelir ortalaması 3449±1506TL, ortanca değer 3000TL, en küçük değer 1400,

en büyük değer 8000'dir. Sezaryen doğum yapan katılımcıların aylık toplam gelir ortalaması 3607 ± 1306 TL, ortanca değer 3250 TL, en küçük değer 1800, en büyük değer 7000'dir. Normal doğum ve sezaryen doğum yapanların aylık gelir ortalamaları karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Normal doğum yapan katılımcıların kişi başına düşen aylık gelir ortalaması 1291 ± 743 TL, ortanca değer 1250 TL, en küçük değer 333, en büyük değer 3500'dür. Sezaryen doğum yapan katılımcıların kişi başına düşen aylık gelir ortalaması 1692 ± 740 TL, ortanca değer 1500 TL, en küçük değer 200, en büyük değer 3500'dür. Normal doğum ve sezaryen doğum yapanların kişi başına düşen aylık gelir ortalamaları karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Sezaryen doğum yapan kadınların kişi başına düşen aylık gelirleri normal doğum yapan kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 27. Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri

Özellik	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
Gebelik Sayısı	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlk Gebelik	75	87,2	11	12,8	32	37,2	54	62,8
2 ve Üstü Gebelik	59	89,4	7	10,6	42	63,6	24	36,4
Toplam	134	88,2	18	11,8	74	48,7	78	51,3
	$\chi^2:0,026 \quad p:0,873$				$\chi^2:9,408 \quad p:0,002$			

Yates' ki-kare

Tablo 27'de araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayılarına göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. İlk gebeliği olan kadınların %87,2'si (75 kişi) normal doğum, %12,8'i (11 kişi) sezaryen doğum; iki ve üstü gebeliği olan kadınlardan %89,4'ü (59 kişi) normal doğum, %10,6'sı (7 kişi) sezaryen doğum tercih etmiştir. Kadınların gebelik sayıları ile doğum tercihi karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

İlk gebeliği olan kadınların %37,2'si (32 kişi) normal doğum, %62,8'i (54 kişi) sezaryen doğum; iki ve üstü gebeliği olan kadınların %63,6'sı (42 kişi) normal doğum, %36,4'ü (24

kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların gebelik sayıları ile doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). İlk gebeliği olan kadınların sezaryen doğum yapma oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 28’de kadınların daha önce doğum yapma durumlarına göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Daha önce doğum yapmış kadınların %91,7’si (44 kişi) normal doğum, %8,33’ü (4 kişi) sezaryen doğum; daha önce doğum yapmamış kadınların %86,5’i (90 kişi) normal doğum, %13,5’i (14 kişi) sezaryen doğum tercih etmiştir. Kadınların daha önce doğum yapma durumları ile doğum tercihi karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Daha önce doğum yapmış kadınların %83,3’ü (40 kişi) normal doğum, %16,7’si (8 kişi) sezaryen doğum; daha önce doğum yapmamış kadınların %32,7’si (34 kişi) normal doğum, %67,3’ü (70 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların daha önce doğum yapma durumları ile doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önceden doğum yapmamış kadınların sezaryen doğum oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 28. Kadınların Daha Önceden Doğum Yapma Durumları ile Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli

Özellik (n:152)	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
Daha Önceden Doğum Yapma Durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	44	91,7	4	8,3	40	83,3	8	16,7
Hayır	90	86,5	14	13,5	34	32,7	70	67,3
Toplam	134	88,2	18	11,8	74	48,7	78	51,3
	$\chi^2:0,409 \quad p:0,522$				$\chi^2:31.716 \quad p:0,000$			

Yates’ ki-kare

Tablo 29’da kadınların daha önceki gebeliklerinde istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum varlığına göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Daha önceki

gebeliklerinde istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum olan kadınların %83,3'ü (25 kişi) normal doğumu, %16,7'si (5 kişi) sezaryen doğumu; istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum yapmayan kadınların %89,3'ü (109 kişi) normal doğum, %10,7'si (13 kişi) sezaryen doğum tercih etmiştir. Kadınların daha önceki gebeliklerinde istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum yapma durumları ile doğum tercihi karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Daha önceki gebeliklerinde istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum olan kadınların %36,7'si (11 kişi) normal doğum, %63,3'ü (19 kişi) sezaryen doğum; istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum yapmayan kadınların %51,6'sı (63 kişi) normal doğum, %48,4'ü (59 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların daha önceki gebeliklerinde istemli düşük, istemsiz düşük veya ölü doğum yapma durumları ile doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 29. Kadınların İstemli Düşük, İstemsiz Düşük ve Ölü Doğum Yapma Durumları ile Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli

Özellik (n:152)	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İstemli Düşük, İstemsiz Düşük veya Ölü Doğum Varlığı								
Evet	25	83,3	5	16,7	11	36,7	19	63,3
Hayır	109	89,3	13	10,7	63	51,6	59	48,4
Toplam	134	88,2	18	11,8	74	48,7	78	51,3
	$\chi^2:0,357$ $p:0,354$				$\chi^2:1,603$ $p:0,205$			

Yates' ki-kare

Tablo 30'da gebeliğin planlı olma durumuna göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin gebeliği planlı olanların %91,1'i (113 kişi) normal doğumu, %8,9'u (11 kişi) sezaryen doğumu; gebeliği planlı olmayanların %75'i (21 kişi) normal doğum, %25'i (7 kişi) sezaryen doğum tercih etmiştir. Gebeliğin planlı

olma durumu ile doğum tercihi karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gebeliği planlı olan kadınların normal doğum tercihi anlamlı derecede yüksektir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebeliği planlı olanların %44,4'ü (55 kişi) normal doğum, %55,6'sı (69 kişi) sezaryen doğum; gebeliği planlı olmayanların %67,9'u (19 kişi) normal doğum, %32,1'i (9 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Gebeliğin planlı olma durumu ile doğum şekli karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gebeliği planlı olan kadınlarda sezaryen doğum oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 30. Gebeliğin Planlı Olması Durumuna Göre Doğum Tercihi ve Doğum Şekli

Özellik (n:152)	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	113	91,1	11	8,9	55	44,4	69	55,6
Hayır	21	75,0	7	25,0	19	67,9	9	32,1
Toplam								
	$\chi^2:4,252$ $p:0,026^*$				$\chi^2:4,153^{**}$ $p:0,042$			

*Fisher's Exact Test

** Yates' ki-kare

Tablo 31 'de kadınların gebelik izlem yerlerine göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Eğitim araştırma hastanesi ve devlet hastanesi kamu kurumu başlığı altında incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan gebelik izlem yeri kamu kurumu olanların %90,4'ü (66 kişi) normal doğumu, %9,6'sı (7 kişi) sezaryen doğumu; izlem yeri özel hastane olanların %86,1'i (68 kişi) normal doğumu, %13,9'u (11 kişi) sezaryen doğumu tercih etmiştir. Gebelik izlem yeri ile kadınların doğum tercihleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan kadınlardan gebelik izlem yeri kamu kurumu olanların %65,8'i (48 kişi) normal doğum, %34,2'si (25 kişi) sezaryen doğum; izlem yeri özel hastane olanların

%32,9'u (26 kişi) normal doğum, %67,1'i (53 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Gebelik izlem yeri ile kadınların doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelik izlem yeri kamu kurumu olan kadınlarda normal doğum oranı, gebelik izlem yeri özel hastane olan kadınlarda sezaryen doğum oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 31. Gebelik İzlem Yerine Göre Kadınların Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli

Özellik	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebelik İzlem Yeri								
Kamu Kurumu	66	90,4	7	9,6	48	65,8	25	34,2
Özel Hastane	68	86,1	11	13,9	26	32,9	53	67,1
$\chi^2:0,331^* \quad p:0,565$					$\chi^2:16,381^{**} \quad p:0,000$			

*Yates' ki-kare

**Pearson ki-kare

Tablo 32. Doğum Eğitimi Alma Durumuna Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli

Özellik	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doğum Eğitimi Alma Durumu								
Evet	16	88,9	2	11,1	11	61,1	7	38,9
Hayır	118	88,1	16	11,9	63	47,0	71	53,0
$\chi^2:0,000 \quad p:1,000^{**}$					$\chi^2:0,761^* \quad p:0,383$			

*Yates' ki-kare

**Fisher's Exact Test

Tablo 32'de gebelerin doğum eğitimi alma durumlarına göre doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Doğum eğitimi alanların %88,9'u (16 kişi) normal doğum, %11,1'i (2 kişi) sezaryen doğum; doğum eğitimi almayanların %88,1'i (118 kişi) normal doğum, %11,9'u sezaryen doğum tercih etmiştir. Doğum eğitimi alma durumu ile doğum

tercihlerini karşılaştırdığımız zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum eğitimi alanların %61,1'i (11 kişi) normal doğum, %38,9'u sezaryen doğum; doğum eğitimi almayanların %47'si (63 kişi) normal doğum, %53'ü (71 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Doğum eğitimi alma durumu ile doğum şekillerini karşılaştırdığımız zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum ve Gebelik İle İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri

Özellik (n:152)	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Doktor/ Ebe /Hemşire/ Doğuma hazırlık sınıfları								
Evet	57	86,4	9	13,6	29	43,9	37	56,1
Hayır	77	89,5	9	10,5	45	52,3	41	47,7
$\chi^2:0,120^*$ $p:0,729$					$\chi^2:1,051^{**}$ $p:0,305$			
Aile büyükleri/ Arkadaş/Daha Önce Doğum Yapmış Kişiler								
Evet	34	97,1	1	2,9	16	45,7	19	54,3
Hayır	100	85,5	17	14,5	58	49,6	59	50,4
$\chi^2:2,48^*$ $p:0,075$					$\chi^2:0,043^*$ $p:0,835$			
Kitap Dergi/ İnternet/TV gibi iletişim araçları								
Evet	79	88,8	10	11,2	38	43,3	51	45,7
Hayır	55	87,3	8	12,7	36	57,1	27	42,9
$\chi^2:0,000^*$ $p:0,984$					$\chi^2:3,081^{**}$ $p:0,079$			

*Yates' ki-kare

**Pearson Ki-kare

Tablo 33'te kadınların doğum ve gebelik ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar ile doğum tercihleri ve doğum şekilleri karşılaştırılmıştır. Doktordan, ebeden, hemşireden ve doğum

sınıflarından bilgi alan kadınların %86,4'ü, aile büyükleri,arkadaş veya daha önce doğum yapmış kişilerden bilgi alan kadınların %97,1'i, kitap, dergi, internet, televizyon gibi iletişim araçlarından bilgi alan kadınların %88,8'i, kendisi daha önceden doğum yapmış kadınların %91,7'si normal doğum tercih etmişlerdir. Kadınların doğum tercihleri ile bilgi aldıkları kaynaklar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Doktordan, ebeden, hemşireden ve doğum sınıflarından bilgi alan kadınların %43,9'u, aile büyükleri, arkadaş veya daha önce doğum yapmış kişilerden bilgi alan kadınların %45,7'si, kitap, dergi, internet, televizyon gibi iletişim araçlarından bilgi alan kadınların %43,3'ü, kendisi daha önceden doğum yapmış kadınların %83,3'ünün normal doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların doğum tercihleri ile bilgi aldıkları kaynaklar karşılaştırıldığında doktor, ebe, hemşire veya doğuma hazırlık sınıfları; aile büyükleri, arkadaş ve daha önce doğum yapmış kişiler; kitap, dergi, internet, televizyon gibi iletişim araçları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Yapan Kişinin Verdiği Bilgileri Yeterli Bulma Durumlarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri

Özellik (n:152)	Doğum Tercihi				Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
Doğum İle İlgili Bilgileri Yeterli Bulma Durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	93	88,6	12	11,4	54	51,4	51	48,6
Hayır	41	87,2	6	12,8	20	42,6	27	57,4
$\chi^2:0,000$ $p:1,000$					$\chi^2: 0,699$ $p:0,403$			

Yates' ki-kare

Tablo 34'te araştırmaya katılan gebelerin gebelik dönemlerinde doğum öncesi bakım yapan sağlık personelinin doğumla ilgili verdiği bilgileri yeterli bulma durumuna göre

doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Gebelikleri süresince doğumla ilgili verilen bilgileri yeterli bulan kadınların; %88,6'sı normal doğumu, %11,4'ü sezaryen doğumu, yeterli bulmayan kadınların; %87,2'si normal doğumu, %12,8'i sezaryen doğumu tercih etmiştir. Kadınların doğum ile ilgili verilen bilgileri yeterli bulma durumu ile doğum tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Gebelikleri süresince doğumla ilgili verilen bilgileri yeterli bulan kadınların %51,4'ü normal doğum, %48,6'sı sezaryen doğum, yeterli bulmayan kadınların %42,6'sı normal doğum, %57,4'ü sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların doğum ile ilgili verilen bilgileri yeterli bulma durumu ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Tercihleri ile Gerçekleştirdikleri Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Özellik (n:152)	Doğum Şekli					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
Doğum Tercihi	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Normal Doğum	68	50,7	66	49,3	134	100
Sezaryen Doğum	6	33,3	12	66,7	18	100
Toplam	74	48,7	78	51,3	152	100

*Mc nemar testi Kullanılmıştır

$p:0,000$

Tablo 35'de araştırmaya katılan gebelerin gebelik dönemlerindeki doğum tercihleri ile gerçekleştirdikleri doğum şekline göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiği zaman normal doğum isteyen kadınların %50,7'sinin normal doğum, %49,3'ünün sezaryen doğum yaptığı belirlenirken, sezaryen doğum isteyen kadınların %33,3'ünün normal doğum, %66,7'sinin sezaryen doğum yaptığı görülmektedir. Kadınların doğum tercihleri ile gerçekleştirdikleri doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Sezaryen doğum tercih eden kadınların sezaryen doğum yapma oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 36. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Yaptıkları Haftaya Göre Kadınların Doğum Şekli

Özellik (n:152)	Doğum Şekli					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
Doğum Yapılan Hafta	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
39 ve Altı	34	40,5	50	59,5	84	100,0
40 ve Üstü	40	58,8	28	41,2	68	100,0
Toplam	74	48,7	78	51,3	152	100,0

$\chi^2:5,064$ $p:0,024$

Pearson ki-kare

Normal doğum yapan kadınların doğum yaptıkları gebelik haftası ortalaması $39,47 \pm 1,2$, ortanca değeri 40, en küçük değer 34, en büyük değer 42'dir. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yaptıkları gebelik haftası ortalaması $38,91 \pm 1,6$, ortanca değer 39, en küçük değer 30, en büyük değer 41'dir. Normal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların doğum yaptıkları gebelik haftası ortalamaları karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Sezaryen doğum yapan kadınlar normal doğum yapan kadınlara göre anlamlı olarak daha erken haftalarda doğum yapmışlardır.

Tablo 36'da araştırmaya katılan gebelerin doğum haftalarına göre doğum şekli verilmiştir. Katılımcılardan 39 hafta ve altındayken doğum yapanların %40,5'i (34 kişi) normal doğum, %59,5'i (50 kişi) sezaryen doğum; 40 hafta ve üstündeyken doğum yapanların %58,8'i (40 kişi) normal doğum, %41,2'si (28 kişi) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Gebelerin doğum yaptıkları hafta ile doğum şekli karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebelik haftası 39 ve altında olan kadınların sezaryen doğum yapma oranları anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 37. Doğum Yaptığı Yere Göre Kadınların Doğum Şekli

Özellik (n:152)	Doğum Şekli					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
Doğum Yaptığı Yer	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kamu Kurumu	51	68,9	23	31,1	74	100
Özel Hastane	23	29,5	55	70,5	78	100
Toplam	74	48,7	78	51,3	152	100
$\chi^2:22,082^* \quad p:0,000$						

*Yates' ki-kare

Tablo 37'de kadınların doğum yaptıkları yerlere göre doğum şekilleri verilmiştir. Eğitim araştırma ve devlet hastaneleri kamu kurumu başlığı altında birleştirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan doğumu kamu kurumunda yapanların %68,9'u normal doğum, %31,1'i sezaryen doğum; özel hastanede yapanların %29,5'i normal doğum, %70,5'i sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların doğum yaptıkları yer ile doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kamu kurumunda doğum yapan kadınların normal doğum yapma oranı, özel hastanede doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapma oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 38. Araştırmaya Katılan Gebelerin Doğum Şekline Göre Emzirme Zamanı

Özellik (n:152)	Doğumdan Sonra Emzirmeye Başlama Zamanı					
	İlk Bir Saat		Daha geç		Toplam	
Doğum Şekli	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Normal Doğum	66	89,2	8	10,8	74	100,0
Sezaryen Doğum	41	52,6	37	47,4	78	100,0
$\chi^2:22,716 \quad p:0,000$						

*Yates' ki-kare

Tablo 38’de araştırmaya katılan kadınların doğum şekillerine göre emzirmeye başlama zamanları verilmiştir. Normal doğum yapan kadınların %89.2’si bebeklerini doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde, %10,8’si daha geç; sezaryen doğum yapan kadınların %52,6’sının ilk bir saat içerisinde,%47,4’ünün daha geç emzirebildiği bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların doğum şekilleri ve emzirmeye başlama zamanları karşılaştırıldığı zaman gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Normal doğum yapan kadınların bebeklerini ilk bir saat içinde emzirme oranı anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 39. Doğum Şekline Göre Aynı Doğum Şeklini Tercih Etme Durumları

Özellik (n:152)	Tekrar Aynı Doğum Şeklini Tercih Etme					
	Hayır		Evet		Toplam	
Doğum Şekli	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Normal Doğum	3	4,1	71	95,9	74	
Sezaryen Doğum	56	71,8	22	28,2	78	
Toplam	59	38,8	93	61,2	152	
$\chi^2:70,548$ $p:0,000$						

*Yates’ ki-kare

Tablo 39’da araştırmaya katılan kadınların doğum şekillerine göre sonraki gebelikte aynı doğum şeklini tercih etme durumları verilmiştir. Normal doğum yapan kadınların %4,1’i tekrar aynı doğum yöntemini tercih etmeyeceğini, %95,9’u tekrar aynı doğum yöntemini tercih edeceğini; sezaryen doğum yapan kadınların %71,8’inin tekrar aynı doğum yöntemini tercih etmeyeceği, %28,2’sinin tekrar aynı doğum yöntemini tercih edeceği bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların doğum şekillerine göre tekrar gebe kalsalar aynı doğum yöntemini tercih etme durumları karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Normal doğum yapan kadınların bir sonraki doğumlarında tekrar aynı doğum şeklini tercih etme oranı anlamlı derecede yüksektir.

4.2.2. WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu İle İlgili Analizler

Tablo 40'da araştırmaya katılan kadınlardan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu iki defa uygulanan katılımcıların ilk uygulama ve ikinci uygulama puan dağılımları verilmiştir. İlk uygulama puan ortalaması $60,7 \pm 22,0$, ortanca değer 62, en küçük değer 0, en büyük değer 106 olarak, ikinci uygulama puan ortalaması $69,7 \pm 20,1$, ortanca değer 72, en küçük değer 0, en büyük değer 110 olarak bulunmuştur. Her iki ölçek uygulanmış olan kişiler üzerinden hesaplama yapıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). İkinci uygulamada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 40. Araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan dağılımı

Özellik	n	Ort.± SS	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p değeri
İlk Uygulama	133	$60,7 \pm 22,0$	62,0	0	106	p: 0,000*
İkinci Uygulama	133	$69,7 \pm 20,1$	72,0	0	110	

Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

*Wilcoxon testi (Hesaplama her iki ölçek puanı olan 133 kişi üzerinden yapılmıştır)

Tablo 41'de Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu ilk uygulama puanlarına göre kadınların doğum tercihleri ve doğum şekilleri verilmiştir. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu ilk uygulama puanı 85'in altında olan kadınlardan %91'i normal doğum, %9'u sezaryen doğum; ilk uygulama puanı 85 ve üzeri olan kadınlardan %68,4'ü normal doğum, %31,6'sı sezaryen doğum tercih etmiştir. Kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu puanları ve doğum tercihleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). İlk uygulamada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-

DEQ) A versiyonu puanı 85'in altında olan kadınların normal doğum tercih oranı anlamlı derecede yüksektir.

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu ilk uygulama puanı 85'in altında olan kadınlardan %47,4'ü normal doğum, %52,6'sı sezaryen doğum; ilk uygulama puanı 85 ve üzeri olan kadınlardan %57,9'u normal doğum, %42,1'i sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu puanları ve doğum şekilleri karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41. Araştırmaya Katılan Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Puanlarına Göre Doğum Tercihleri ve Doğum Şekli

Özellik		Doğum Tercih				Doğum Şekli			
		Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
W-DEQ A Versiyonu Puan		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlk Uygulama (n:152)	<85	121	91,0	12	9,0	63	47,4	70	52,6
	≥85	13	68,4	6	31,6	11	57,9	8	42,1
$\chi^2:6,086$ $p:0,012$						$\chi^2:0,376$ $p:0,540$			

Yates' ki-kare

Tablo 42. Bazı Özelliklere Göre W-DEQ A Versiyonu İlk Uygulama Puan Dağılımı

Özellik (n:152)	n	Ort.± SS	Ortanca	En küçük değer	En büyük değer	p değeri
Yaş Grupları						
<25 yaş	38	61,1± 20,7	61	20	105	p:0,141*
25-34 yaş	87	58,2± 23,1	62	0	109	
35 ve üstü yaş	27	67,8±19,6	69	8	106	
Eğitim Durumu						
Okuryazar/ İlkokul mezunu	29	71,3±13,5	70	48	100	p: 0,014*
Ortaokul/ Lise Mezunu	70	58,0±23,8	56,5	0	109	
Önlisans ve üzeri	53	58,2±22,1	61	8	106	
Çalışma Durumu						
Evet	41	61,6±25,4	66	0	109	p: 0,735**
Hayır	111	60,3±20,8	62	5	105	
İstemli Düşük, İstemsiz Düşük, Ölü Doğumla Sonuçlanan Gebelik Varlığı						
Evet	30	62,9±26,4	63	5	109	p:0,541**
Hayır	122	60,1±21,0	62	0	106	
Gebelik Durumu						
İlk gebelik	86	58,7±22,7	60	0	106	p:0,226**
2 ve üstü gebelik	66	63,1±21,2	64,5	5	109	
Daha Önceden Doğum Yapma Durumu						
Evet	48	66,7±18,7	67,5	12	109	p:0,014**
Hayır	104	57,8±23,1	57	0	106	
Gebelik İçin Yardımcı Üreme Tekniği Kullanılma Durumu						
Evet	9	64,0±17,6	63	43	92	p:0,644**
Hayır	143	60,4±22,4	62	0	109	

*One way anova

**Student t testi

Tablo 42 Devamı

Özellik (n:152)	n	Ort.± SS	Ortanca	En küçük değer	En büyük değer	p değeri
Gebeliğin Planlı Olma Durumu						
Evet	124	58,2±22,2	61	0	109	p:0,005**
Hayır	28	71,2±18,4	70	32	105	
Gebelik İzlemlerinin Yapıldığı Yer						
Kamu Kurumu	73	62,7±0,4	62	7	105	p:0,259**
Özel Hastane	79	58,7±23,5	62	0	109	
Doğum eğitimi alma durumu						
Evet	18	53,2±25,8	49,5	7	105	p:0,132**
Hayır	134	61,6±21,5	63	0	109	
Doğumla İlgili Verilen Bilgileri Yeterli Bulma Durumu						
Evet	105	59,0±21,0	61	0	109	p:0,184**
Hayır	47	64,2±24,3	64	8	106	
Doğum Tercihi						
Normal Doğum	134	59,1±21,3	61	0	109	p:0,020**
Sezaryen Doğum	18	72,0±25,2	76,5	5	106	
Doğum Şekli						
Normal Doğum	74	61,6±22,6	63,5	0	105	p:0,600**
Sezaryen Doğum	78	59,7±2,7	61,0	5	109	

*One way anova

**Student t testi

Tablo 42’de araştırmaya katılan gebelerin bazı özelliklerine göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu birinci uygulama puan ortalamaları verilmiştir. 35 ve üstü yaş grubunda olanların (ort:67,8±19,6), okuryazar veya ilkokul mezunu olanların (ort:71,3±13,5), çalışanların (ort:61,6±25,4), daha önceden düşük, küretaj veya ölü doğum öyküsü olanların (ort:62,9±26,4), daha önceden iki veya daha fazla gebeliği olanların (ort: 63,1±21,2), daha önceden doğum yapmış olanların (ort:66,7±18,7), gebelik için yardımcı üreme tekniği kullananların (ort:64,0±17,6), gebeliği planlı olmayanların (ort:71,2±18,4), gebelik izlemleri kamu kurumunda yapılanların (ort:62,7±0,4), doğumla ilgili eğitim almayanların (ort:61,6±21,5), sezaryen doğum tercih edenlerin (ort:72,0±25,2), normal doğum gerçekleştirenlerin (ort: 61,6±22,6) Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu birinci uygulama puanları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların gebeliğin planlı olma durumuna, daha önceden doğum yapma durumuna, eğitim durumuna, doğum tercihine göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu birinci uygulama puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır($p<0,05$). Eğitim durumundaki saptanan fark; okuryazar veya ilkokul mezunu olmak ile ortaokul veya lise mezunu olmak, okuryazar veya ilkokul mezunu olmak ile önlisans ve üzeri mezunu olmak grupları arasında saptanmıştır. Eğitim düzeyi daha düşük olanların, daha önceden doğum yapmış olanların, gebeliği planlı olmayanların ve sezaryen doğum tercih edenlerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu birinci uygulama puan ortalaması anlamlı derecede yüksektir.

4.3. Çok Değişkenli Analiz

Doğum yapan kadınların doğum şeklinin hangi değişkenlerden etkilendiğini saptayabilmek için; önceki bölümlerde incelenmiş istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) saptanan veya etkilediği düşünölen faktörler çok değişkenli analize alınmıştır. Oluşturulan model doğum şeklini etkileyen faktörlerden %46’sını açıklayabilmektedir (Nagelkerke R^2 : 0,464).

Tablo 43’e göre;

- Doğum yeri özel hastane olan kadınların sezaryen doğum yapma riski, doğum yeri kamu hastanesi olan kadınlardan yaklaşık 6 kat fazladır (%95 Güven Aralığı: 1,170-31,102).

Tablo 43. Sezaryen Doğuma Etki Eden Faktörler Lojistik Regresyon Modeli

Özellik		Sayı ve Yüzde	OR	%95 Güven Aralığı		P değeri
				En Düşük	En Yüksek	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	111 (%73)	1			0,566
	Çalışıyor	41 (%27)	1,359	0,476	3,881	
Gebelik Sayısı	İlk	86(%56,5)	1			0,055
	2 ve üstü	66(%43,5)	5,351	0,967	29,601	
Doğum Yapma Durumu	Evet	48(%31,6)	1			0,000
	Hayır	104(%68,4)	101,309	12,626	812,885	
Gebeliğin Planlı olma Durumu	Hayır	28(%18,4)	1			0,699
	Evet	124(%81,6)	1,253	0,399	3,933	
Gebelik İzlem Yeri	Kamu	73(%48)	1			0,661
	Özel	79(%52)	0,696	0,138	3,513	
Doğum Yeri	Kamu	74(%48,7)	1			0,032
	Özel	78(%51,3)	6,032	1,170	31,102	
Yaş		152 (100)	1,081	0,990	1,179	0,081
Kişi Başına Düşen Aylık Gelir		152 (100)	0,999	0,999	1,000	0,177
Doğum Haftası		152 (100)	0,729	0,530	1,002	0,052
Wijma İlk Uygulama Puanı		152 (100)	1,010	0,991	1,030	0,282
SABİT			234,707			0,409

Nagelkerke R²: 0,464

5. TARTIŞMA

Longitudinal tipteki bu çalışmada 28 Mayıs 2018 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında Derince İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan 28 hafta ve üstü daha önce sezaryen doğum yapmamış gebelerin doğum yöntemi tercihi, doğum şekli ve bunu etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Araştırma evreninde araştırma dönemi boyunca kriterlere uygun olan 200 gebe bulunmaktadır. Analizler araştırmaya katılmayı kabul ederek görüşme yapılmış olan 152 gebe (%76) üzerinden yapılmıştır.

Literatür taramaları sonucu oluşturulan soru formuna verilen cevapların kişilerin beyanına dayalı olması, her gebe ile ikinci görüşme yapılamamış olması araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Tartışma bölümünün yazımında bulgular bölümündeki sıralama dikkate alınarak Tanımlayıcı İstatistikler, Tek ve Çok Değişkenli Analizler başlıklarıyla yapılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Farklı yer ve zamanlarda yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri oldukça benzer özellikler taşımaktadır.

5.1.1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamaları $28,64 \pm 5,68$ 'dir. Katılımcıların yaş dağılımı birçok çalışmada ve çalışmamızda beklenildiği gibi benzer özellikler taşımaktadır.⁴⁷⁻⁴⁹ Çalışmamızdaki gebelerin %25'i (38 kişi) 25 yaşın altında, %57,3'ü (87 kişi) 25-34 yaş aralığında, %17,7'si (27 kişi) 35 yaş ve üzerindedir. TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de doğurgan çağıdaki kadınların %29,8'i 25 yaşın altında, %31,4'ü 25-34 yaş aralığında, %38,8'i 35 yaş ve üzerindedir. Bu fark çalışmamızdaki kadınların hepsinin evli olması ve TNSA'daki evli ve evli olmayan kadınların birlikte verilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Türkiye'de cinsel yaşamın ve gebeliğin evlilikle bağdaştırılmasının sonucunda gebeliklerin çoğunluğu evlilikte gerçekleşmektedir.⁶⁰ Araştırma kapsamında görüşme yapılan gebe kadınların hepsi evlidir. Bu durum evli olmayanların gebelik izlemleri için kamu sağlık kurumuna başvurmuyor olmasından yada özel sağlık kurumuna başvuruyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması $32,30 \pm 6,1$ 'dir.

Araştırmaya katılan gebelerin çoğunun eğitim düzeyi (%64,5) lise ve üzeridir. TNSA 2013'te 15-49 yaş evlenmiş lise ve üzerinde eğitim düzeyi olan kadınların oranı %27 olarak verilmiştir.¹³ Borlu'nun (2008) Kayseri'deki çalışmasında bu oran %42,9, Akçay'ın (2012) Kayseri'deki çalışmasında %33,1, Özkan ve arkadaşlarının (2013) Ankara'daki çalışmasında %68, Güzel'in (2014) Zonguldak'taki çalışmasında %37,9, Koca'nın (2015) Sivas'taki çalışmasında %53 olarak verilmiştir.^{47-50,61} Araştırma grubumuzdaki kadınların eğitim durumunun Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin çoğu (%67,1) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Borlu'nun (2008) çalışmasında bu oran %51,9, Akçay'ın (2012) çalışmasında %42,6, Koca'nın (2015) çalışmasında %65,2 olarak verilmiştir.^{47,49,50} Araştırma grubumuzdaki kadınların eşlerinin eğitim durumu daha önce yapılan çalışmalarla benzer özellikler göstermiştir. Bu çalışmanın batıda eğitim düzeyi daha yüksek bir ilçede yapılmış olması sosyoekonomik düzey açısından etkili olmuş olabilir. TÜİK İstatistiklerle Kadın 2018 raporuna göre kız çocuklarının okullaşma oranının, erkek çocuklarının okullaşma oranına olan göreceli büyüklüğünü ifade eden cinsiyet eşitliği endeksi değeri incelendiğinde 2017 yılında yükseköğretim cinsiyet eşitliği endeksi ise 0,933 olmuştur. Her ne kadar yıllar içinde yükseköğretim cinsiyet eşitliği endeksinde 2008 yılından beri kız öğrencilerin oranında artma görülse de yükseköğretim kurumunda eğitim görebilmesi konusunda hala erkek ve kadında eşitsizlikler mevcuttur.⁶²

TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş evlenmiş kadınların %31'i halen çalışmaktadır.¹³ Çalışmamızdaki kadınların yaklaşık dörtte biri (%27) gelir getiren herhangi bir işte çalışmaktadır. Kadınların çalışma durumu Türkiye ortalamasının altında olduğu söylenebilir. Borlu'nun (2008) çalışmasında bu oran %12, Akçay'ın (2012) çalışmasında %11, Özkan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %40, Güzel'in (2014) çalışmasında %13, Koca'nın (2015) çalışmasında bu oran %25 olarak verilmiştir.^{47-50,61} Katılımcıların eşlerinin hepsi gelir getiren herhangi bir işte çalışmaktadır. TÜİK İstatistiklerle Kadın 2018 raporuna göre 2017 yılında Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki istihdam edilenlerin oranı erkeklerde %65,6 iken; kadınlarda %28,9 olmuştur.⁶² Yani kadınların istihdam oranı erkeklerin yarısından az olarak görülmektedir. Erkeklerin kadınlara oranla eğitim düzeylerinin yüksek olması, erkeklerin kadınlara kıyasla iş yaşantısında belirli yönlerden daha avantajlı olmaları, kadının çalışmasına ilişkin toplumsal değerler, cinsiyete dayalı

işbölümü gibi faktörler kadınların çalışma hayatına daha az katılmalarında önemli rol oynamaktadır.⁶³

TNSA 2013 raporuna göre; ülkemizde iki ve üç kişiden oluşan hanehalkı %43'lük grubu oluşturmaktadır ve hanehalkı kişi ortalaması 3,6'dır.¹³ Çalışmamızda iki ve üç kişiden oluşan hanehalkı %79 oranında bulunmaktadır ve hanehalkı kişi ortalaması $2,77 \pm 1,4$ 'tür. Hanehalkı kişi sayısının Türkiye ortalamasının altında olduğu söylenebilir. Katılımcıların %90,1'inin aile tipi anne, baba ve çocuktan oluşan çekirdek ailedir. Katılımcıların hepsi sosyal güvenceye sahiptir. Aylık gelir ortalaması 3530_TL, kişi başına düşen aylık gelir ortalaması 1497TL'dir.

5.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Ülkemizde çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören bir dönemin başlangıcı evliliktir. İlk evlilik yaşı doğumların üzerine olan etkisi nedeniyle önemlidir. Erken yaşta evlenmek kadınların doğurganlık dönemi boyunca gebe olma riskini artırmakta ve yaşamları boyunca daha fazla doğum yapmalarına neden olabilmektedir. TNSA 2013'te kadınların ilk evlenme yaşı ortanca değeri 21 olarak verilmiştir.¹³ TÜİK İstatistiklerle Kadın 2018 raporuna göre, 2017 yılı ilk evlenme yaşı ortalaması Türkiye genelinde 24,8, Kocaeli'nde 25,1'dir.⁶² Araştırmamızda gebelerin ilk evlenme yaşı ortalamaları $24,05 \pm 4,54$, ortanca değer 24'tür. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların Türkiye ve Kocaeli ortalaması ile benzer olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamaları $25,42 \pm 4,9$, ortanca değeri 25'tir. TNSA 2013'te kadınların ilk doğum yaşı ortanca değeri 22,9 olarak verilmiştir. İlk doğumdaki anne yaşı genel doğurganlık seviyesinin önemli bir belirleyicisidir. Çünkü erken yaşlarda çocuk sahibi olmak genellikle daha fazla çocuk sayısı anlamına gelmektedir. Kadınların erken yaşta doğum yapmaları anne ve çocuğun sağlığını etkileyebilmekte ve kadınların eğitim olanaklarından, ekonomik faaliyetlerden faydalanmasını kısıtlayabilmektedir.¹³

Araştırmaya katılan gebelerin yarısından fazlasının (%56,6) ilk gebeliğidir ve büyük çoğunluğu (%68,4) daha önceden doğum yapmamıştır. Ardışık iki canlı doğum arasında geçen süreyi ifade eden doğum aralığı, anne ve çocuk sağlığı hakkında bilgi vermesi

açısından önem taşımaktadır. Araştırmalar doğum aralıklarının kısa olmasının anne ve çocuk ölümlülüğü riskini arttırdığını göstermektedir. Çalışmamızda daha önce doğum yapanların çoğunun (%70,9) son doğumlarının üzerinden iki yıldan fazla zaman geçmiştir. TNSA 2013'te doğum aralığı iki yıldan fazla olan kadınların oranı %82,4 olarak verilmiştir. Katılımcılardan çocuk sahibi olanların çocuk sayısı ortalaması $1,71 \pm 0,8$ 'dir. TNSA 2013'te halen evli kadınların yaşayan çocuk sayı ortalaması 2,23 olarak verilmiştir.¹³ Yaşayan çocuk sayısı Türkiye ortalamasından düşüktür.

Araştırmaya katılan gebelerin çoğu (%80,3) düşük veya ölü doğum yaşamamıştır. İstemli düşük yapanların oranı %7,9, istemsiz düşüklere oranı %11,8 ve ölü doğum oranı %2,6'dır. İstemsiz düşüklere ve ölü doğumlar kadınların kontrolü dışında gerçekleşirken, istemli düşüklere bir kararın sonucunda gerçekleşmektedir. İstemli düşüklere, kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olması, anne ve perinatal ölümlülüğü artırması gibi nedenlerden dolayı önemlidir. Ülkemizde isteyerek düşüklere 1983 yılında kabul edilen nüfus planlaması kanunu ile yasallaşarak gebeliğin ilk on haftası boyunca isteyerek düşük hizmetine olanak sağlamıştır. TNSA 2013'te kadınların %23'ünün en az bir kez istemsiz düşük, %14'ünün en az bir kez istemli düşük, %3'ünün de ölü doğum yaşadığı verilmiştir.¹³

Araştırmaya katılan gebelerin %5,9'u yardımcı üreme tekniği kullanmıştır. Kullanılan yardımcı üreme tekniklerinden en sık olanı ilaç tedavisidir. Katılımcıların %18,4'ünün gebeliği planlı değildir. İstenmeyen gebelikler kadınlar, bebekleri ve toplum için ciddi sonuçları olan yaygın bir problemdir. Bu gebeliklerin; doğum öncesi bakımın daha az yapılması, zararlı maddelere daha fazla maruz kalınması, istemli düşük oranlarının artması, düşük doğum ağırlıklı bebekler ve bazen ölü doğum ile sonuçlandığı bilinmektedir.⁶⁴ Dünya çapında gebeliklerin %44'ünün istenmeyen gebelik olduğu tahmin edilmektedir.⁶⁵ TNSA 2013'te planlı olmayan gebelik oranı %24'tür.¹³ Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda planlanmamış gebelik oranı Borlu'nun (2008) çalışmasında %22, Akçay'ın (2012) çalışmasında %18, Güzel'in (2014) çalışmasında %20, Koca'nın (2015) çalışmasında %14 olarak bulunmuştur.⁴⁷⁻⁵⁰

Katılımcıların çoğunun (%93,4) gebelikten önce düzenli olarak kullandığı bir ilaç yoktur. Gebelikten önce düzenli kullanılan ilaçlardan en sık saptanan tiroid ilaçlarıdır. Gebelik sırasında gebelerin çoğu (%88,8) Sağlık Bakanlığı'nın doğum öncesi bakım ve

yönetim rehberine uygun şekilde vitamin ve mineral desteğini kullanmıştır. Gebelik sırasında vitamin ve mineral desteği dışında en sık kullanılan (%7,2) ilaç tiroid ilaçlarıdır. Tiroid hastalıkları gebelikte en az %2-3 sıklıkta görülmektedir ve %10'a kadar ötiroid olmasına rağmen hasta otoimmün tiroid hastalığına sahiptir. Maternal hipotiroidi ve hipertiroidinin gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, kalp yetmezliği, gestasyonel diabet gibi maternal; fetal kayıp, kretenizm, intrauterin gelişme geriliği, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum gibi fetal olumsuz sonuçları olduğu bilinmektedir.⁶⁶ Bu yüzden bu olumsuz sonuçların görülme sıklığının azaltılması için gebelikte tiroid hastalıkları farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Doğum öncesi bakım; gebelikle alakalı hastalıkların tespit ve tedavi edilmesini sağlayarak, direkt olarak doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonların risk artışını tanımlaması, indirekt olarak da maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltarak uygun bakım düzeyine yönlendirmeyi sağlaması nedeniyle çok önemlidir.²⁰ Bölgeler arası değişiklik göstermekle birlikte tüm dünyada; gebe kadınların %86'sı gebeliği boyunca en az bir kez, %62 'si en az dört kez eğitimli sağlık personeli tarafından doğum öncesi bakım hizmeti almıştır.²³ TNSA 2013'te ülkemizdeki kadınların %97'sinin en az bir kez, %89'unun dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığı bildirilmiştir.¹³ Çalışmamızda kadınların hepsi gebelik haftaları ile uyumlu olarak hem aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarından hem bir kadın doğum uzmanı tarafından doğum öncesi bakım almışlardır. Kadınların yarısından fazlasının (%52) gebelik izlemleri ASM'ye ek olarak özel hastanede yapılmıştır. Kamu hastanelerindeki hasta sayısında yoğunluk olması, hasta başına düşen sürenin az olması, bazı hastanelerde ultrason için ek randevu alınması gerekliliği, doktorların yoğun hasta yükü nedeniyle gebelere bütüncül yaklaşamamaları, gebelerin doktorlara istedikleri zaman ulaşamamaları, çalışan kadınların mesai saati içerisinde doktora başvuramamaları gibi durumlar özel hastanelerde izlem yapılan gebe sayısının bu kadar fazla olmasına neden olmuş olabilir. Gebelerin büyük çoğunluğu (%62,5) sağlık kurumuna eşiyile başvurmuştur.

Araştırmaya katılan gebeler doğumla veya gebelikleri ile ilgili bilgi aldıkları ilk üç kaynağı için; internet/tv gibi iletişim araçları, doğum öncesi bakım yapan hekim ve daha önce doğum yapmış arkadaşlar olarak belirtmişlerdir. Kadınlar doğum şekli tercihlerine karar verirken birçok faktörden etkilenebilmektedirler. Araştırmalar kadınların aileleri ve

arkadaş çevrelerinin, internet/tv gibi medya iletişim araçları ve sağlık personelinin tercihlerin belirlenmesinde yönlendirici olduğunu göstermektedir.^{47,55,61,67} Araştırmamızda internet/tv gibi iletişim araçlarının en yüksek oranda olmasının nedeni kadınların sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmetlerinde yeterli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetini vermediklerini düşünmeleri olabilir. Kadınlar tüm bu faktörlerden etkilenerek kendileri için uygun gördükleri doğum şeklini tercih etmektedirler. Gebelerin doğru kaynaklardan yeterli düzeyde bilgi alarak uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin hem anne hem de bebek açısından sağlıklı bir şekilde sonlanması önemlidir.

Gebelerin çoğu (%88,2) doğumdan önce normal vajinal doğumu tercih ettiğini belirtmiştir. Borlu'nun (2008) çalışmasında bu oran %84, Akçay'ın (2012) çalışmasında %58, Akarsu'nun (2012) Kayseri'deki çalışmasında %61, Özkan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %56, Güzel'in (2014) çalışmasında %69 ve Koca'nın (2015) çalışmasında %68 olarak verilmiştir.^{47-50,55,61}

Katılımcıların tamamı gebeliklerinin ilk haftalarında da aynı doğum şeklini tercih ettiklerini ve gebeliklerinin ilerlemesiyle birlikte bu tercihlerinin değişmediğini belirtmiştir. Özkan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık %93'ü doğum şekline yönelik kararının gebeliği süresince değişmediğini belirtmiştir.⁶¹ Yapılan araştırmaların bulguları benzerlik göstermektedir. Kadınların gebelik başlangıcındaki ve gebeliği süresindeki doğum şekli tercihinin doğuma kadar aynı devam ettiği görülmektedir. Sezaryen doğum sıklığının yüksek olduğu ve doğum öncesi bakım veren sağlık personelinin kadınların kararını etkileyen önemli nedenlerden biri olduğu göz önünde bulundurulursa, gebelik süresince doktorun gebeyi doğru yönlendirmesi önemlidir.

Araştırmaya katılan gebelerin normal doğum tercihlerinde; doğal bir süreç olması, anne ve bebek için daha sağlıklı olması, daha hızlı iyileşme, bebekle daha erken etkileşime girebilmek ve emzirmenin daha kolay olması en sık nedenler arasındadır. Araştırmalar kadınların normal doğum tercih nedenlerinin; doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme, daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme, anne için daha sağlıklı olacağını düşünme, bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme olduğunu belirlemiştir.^{48,50,55,61,68} Bizim çalışmamızda da literatüre uygun bulgular bulunmuştur.

Gebelerin sezaryen doğum tercih etme nedenleri; en sık olarak doğum anında ağrı olmaması, anne ve bebek sağlığı için daha güvenli olduğunu düşünme olduğu bulunmuştur. Araştırmalar kadınların sezaryen doğum tercih etme nedenlerini doğum korkusu, bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalınması olduğunu göstermiştir.^{48,50,55,61,68} Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğu (%95,4) doğumdan önce doğum yapacağı kurumu belirlemiştir. Gebelerin çoğu (%48,3) özel hastanede doğum yapacağını belirtmiştir. En sık doğum yeri tercih nedeni (%92,4); gebelik izlemi yapan kadın doğum uzmanının çalıştığı hastane olmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu ilk uygulama puan ortalaması 61, ikinci uygulama puan ortalaması 70 olarak bulunmuştur. Gebelik haftası arttıkça Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonunun puan ortalaması artmıştır (p=0,000). İlk uygulamada; gebelerin %12,5'lik bir kısmının klinik derecede doğum korkusu, ikinci uygulamada; %24,1'lik bir kısmının klinik derecede doğum korkusu yaşadıkları görülmüştür. Nieminen ve arkadaşlarının (2009) İsveç'teki çalışmasında klinik derecede korkusu olan kadınların oranı %15,6, Spice ve arkadaşlarının (2009) Kanada'da yaptıkları çalışmada bu oran %9, Adams ve arkadaşlarının (2012) Norveç'teki çalışmasında bu oran %7,5, Nordeng ve arkadaşlarının (2012) Norveç'teki çalışmasında bu oran %7,8, Storksen ve arkadaşlarının (2012) Norveç'teki çalışmasında bu oran %8, Yılmaz'ın (2017) Malatya'daki çalışmasında bu oran %12,8 olarak verilmiştir.⁶⁹⁻⁷⁵ Çalışmanın yer, zaman ve uygulama özelliklerine göre bu oran değişmekle birlikte bizim çalışmamızda literatürdeki oranlardan daha yüksek bulunmuştur ve gebelik haftası ilerledikçe doğum korkusu oranının da arttığı görülmektedir.

5.1.3. Katılımcıların Postpartum Özellikleri

Araştırmaya katılan gebelerin ortalama 39. hafta içerisinde doğum yaptıkları bulunmuştur. Gebelerin çoğu (%55,3) 39. hafta ve öncesinde doğum yapmıştır. Gebelerin yarısından fazlası (%51,3) özel hastanede doğum yapmıştır.

Araştırmamıza katılan gebelerin çoğunun (%51,3) doğum şekli sezaryen doğumdur. Gebelerin çoğunun (%92,8) doğum şekline doktor karar vermiştir. Sezaryen doğum sıklığı, uygulanan sağlık politikaları ve insanların doğum eylemi hakkındaki düşüncelerinin farklılığı nedeni ile bölgeler arasında değişiklik göstermektedir. Tüm dünyada bakıldığı zaman 2000 yılında %12,1 olan sezaryen doğum sıklığı 2015 yılında %21,1 olmuştur.¹² Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 yılında %20,7 olan sezaryen doğum sıklığı 2016 yılında %31,9 olmuştur.³⁰ OECD ülkelerinin neredeyse tamamında artarak 2000 yılında %20 olan sezaryen doğum sıklığı 2015 yılında %28 olmuştur. Buna karşılık tüm canlı doğumların içinde %15-17 arasında değişen oranlarla, İskandinav ülkeleri (İzlanda, Finlandiya, İsveç ve Norveç), İsrail ve Hollanda'da sezaryen doğum sıklığının düşük olduğu görülmüştür. Türkiye, Meksika ve Şili'de bu sıklık en yüksek seviyededir ve neredeyse iki canlı doğumdan biri sezaryen doğumdur. Polonya, Slovak Cumhuriyeti ve Çek Cumhuriyeti'nde sezaryen doğum sıklığında artış hızlı olmuştur. Avrupa'nın en yüksekleri arasında kalmasına rağmen, İtalya'da sezaryen doğum sıklığı son yıllarda belirgin şekilde düşmüştür.⁷⁶ TNSA 2013'te tüm doğumların %48'inin, ilk doğumların %52'sinin sezaryen doğum olduğu verilmiştir. Sezaryen doğum sıklığı İstanbul'da %53,2, Doğu Marmara'da %57, Batı Marmara'da %66,3 olarak görülmektedir.¹³ Sağlık İstatistik Yıllığı 2017'de bu sıklık tüm doğumlar için %53,1 olarak verilmiştir.¹⁴ Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da sezaryen sıklıkları benzer bulunmuştur.^{47,55} Sezaryen doğumunun göreceli güvenli oluşu, fetal stres, uzamış doğum eylemi, normal doğum anındaki obstetrik komplikasyon korkusu nedeniyle hem hasta hem de doktorda majör cerrahilerde görülen kaygılar sezaryen doğumda görülmemektedir.⁷⁷ Araştırmalar; gebelerin algısı, eğitimi, toplumsal tutum, sosyal medya, ileri anne yaşı, doğum korkusu, nulliparite, vajinal doğum sonrası genital değişiklikler ile ilgili endişeler ve sezaryen doğumun bebek için daha güvenilir olduğuna dair yanlışın kadınları sezaryen doğuma iten faktörler olduğunu göstermiştir.^{39,77} Bu faktörlerin yanında tamamen sağlıklı bir bebeğe kavuşma arzusu ile her türlü komplikasyon veya olası olumsuz sonuca karşı azalmış tolerans da bir başka nedendir.³⁹ Bunun dışında; kurumsal olarak yeterli doktor ve yardımcı sağlık personelinin olmaması, doğum odalarının mahremiyetten uzak olması, doğumda destek sisteminin eksik olması gibi faktörler de etkili olmaktadır.⁷⁷ Normal bir doğumun izlenmesi için gerekli sürenin uzunluğu ya da yolunda gitmeyen bir doğumun ve fetal stresin varlığında; sağlık personeli açısından yorgunluk, iş yükü, uyku yoksunluğu ve tıbbi dava korkusu gibi

durumlar doktorların gebelerin doğum şeklini yönlendirmesini etkileyen faktörlerdendir.^{39,77} Mevcut tıbbi yasal durumda, doğum sorunsuz ilerlemiyorsa, vajinal doğum için beklemek birçok doktor için daha az tercih edilen bir yöntem olmuştur.⁷⁷ Doktorlara vajinal doğum sırasında komplikasyonlara bağlı olarak dava açılması olasılığı, gereksiz sezaryen doğumlar için dava açılabilme olasılığında daha yüksektir.¹²

Doğumda; normal doğum ve sezaryen doğum için tıbbi endikasyon doktor tarafından belirlenmeli, gebe ve ailesine yeterli bilgi verilerek en uygun yönteme birlikte karar verilmelidir.⁴⁷ Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun (%92,8) doğum şekline doktor karar vermiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin sezaryen doğum nedenlerinden en sık görülenleri ilerlemeyen eylem, fetal stres ve gebenin isteği olmuştur. Yapılan araştırmalarda çalışmamızla paralel sonuçlar bulunmuştur.^{47,55,61}

5.2. Tek ve Çok Değişkenli Analizler

TNSA 2013'te anne yaşının ve eğitim düzeyinin artmasıyla sezaryen doğum sıklığının artmakta olduğu bildirilmiştir.¹³ Araştırmalar yaş ve eğitim düzeyi arttıkça sezaryen ile doğum sıklığının arttığını göstermektedir.^{12,47,48,50,55} Bizim çalışmamızda böyle bir sonuca ulaşılmamıştır.

Araştırmaya katılan gebelerden çalışanların çoğu (%66) sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Çalışma durumu ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,046$). Borlu(2008) çalışmasında çalışan kadınlarda sezaryen doğum sıklığının yüksek olduğunu göstermiştir, bizim araştırmamızda da buna paralel sonuçlar bulunmuştur.⁴⁷

Araştırmaya katılan gebelerden sezaryen doğum yapanların kişi başına düşen aylık gelir ortalaması normal doğum yapanlarından yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda ve TNSA 2013'te kişinin refah düzeyi arttıkça sezaryen doğum yapma oranının da arttığı gösterilmiştir.^{12,13,47}

Araştırmaya katılan gebelerden ilk gebeliği olanların çoğu (%62,8) sezaryen doğum, iki ve üstü gebeliği olanların çoğu (%63,6) ise normal doğum yapmışlardır. Gebelik sırası ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$). Gebelerden

daha önce doğum yapanların çoğu (%83,3) normal doğum, yapmayanların çoğu (%67,3) sezaryen doğum gerçekleştirmişlerdir. Daha önceden doğum yapma durumları ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000). Çok değişkenli analizde daha önceden doğum yapmamış olmanın sezaryen doğum riskini 101 kat artırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde TNSA 2013'te doğum sırası arttıkça sezaryen doğum oranının azaldığı verilmiştir.¹³

Araştırmaya katılan gebelerden daha önce düşük veya ölü doğum yapmış olanların çoğu (%63,3) sezaryen doğum gerçekleştirmişlerdir. Gebelerin düşük veya ölü doğum yapma durumları ile doğum tercihi ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığı zaman düşük ve ölü doğumların sezaryen doğum oranında etkili ya da etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{47,48}

Perinatal dönemdeki eğitimlerin kadınların fiziksel ve psikososyal açıdan uyum sağlayabilmeleri için bakım, destek ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım ederek; doğum korkusunu azalttığı, kadını bilinçli davranışa yönelttiği, olumlu duygu hissedilmesini sağladığı, doğum sürecini ve sonucunu olumlu etkilediği bilinmektedir.⁷⁸ Sağlık Bakanlığı'nın 2014/28 sayılı genelgesi ile birlikte anne adaylarının ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden doğuma ve doğum sonrası döneme bilinçli bir şekilde hazırlanması ve desteklenmesi amacıyla sağlık kuruluşlarında doğuma hazırlık eğitimleri verilmektedir.⁷⁹ Araştırmaya katılan gebelerin yarısından fazlası (%52,6) araştırma bölgemizdeki ilçe sağlık müdürlüğünde doğuma hazırlık eğitimi verildiğini bilmemektedir ve gebelerin büyük çoğunluğu (%88,2) doğum ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır. Araştırmaya katılan gebelerden doğum eğitimi alanların çoğu (%61,1) normal doğum gerçekleştirmişlerdir. Yapılan araştırmalar doğuma hazırlık eğitimlerinin normal doğumu artırdığını göstermektedir.^{78,80,81} Fakat bizim çalışmamızda doğum eğitimi alma durumları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Doğum eğitimi alan kadın oranının düşük olması bu sonuca yol açmış olabilir.

Kadınların gebelik döneminde istedikleri doğum şekilleri ile gerçekleştirdikleri doğum şekilleri arasında fark vardır. Bu çalışmada sezaryen doğum tercih etme oranı %11,8 iken sezaryen ile doğum oranı %51,3'tür. Genel olarak sezaryenle doğum isteme oranı düşük ancak sezaryenle doğum yapma oranı yüksektir. Sezaryenle doğum yapmak isteyen kadınların çoğu (%66,7) sezaryenle doğum gerçekleştirmişlerdir.

Gebelik izleminin yapıldığı yer, doğumun yapıldığı hastane ve doğuma yardımcı olan sağlık personelinin doğum hakkındaki tutumu doğum şeklinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Araştırmaya katılan gebelerden özel hastanede izlemlerini yaptıranların ve özel hastanede doğum yapanların anlamlı düzeyde çoğunluğu sezaryen doğum gerçekleştirmişlerdir (p=0,000). Çok değişkenli analizde özel hastanede doğum yapmanın sezaryen doğum riskini 6 kat artırdığı bulunmuştur. Özkan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında son doğumun özel hastanede yapılmış olması sezaryen olma riskini 2,5 kat, Til'in (2018) Denizli'deki çalışmasında özel hastanede doğum yapmanın sezaryen riskini 3,96 kat artırdığı bulunmuştur.^{61,80} Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 raporuna göre, devlet hastanesinde yapılan doğumların %38,7'si, özel hastanede yapılan doğumların ise %69,7'si sezaryen ile gerçekleşmiştir.¹⁴ Bazı ülkelerde, özel hastanelerin kamu hastanelerinden daha fazla sezaryen yapma eğiliminde olduğuna dair kanıtlar vardır. Fransa'da komplikasyon olmayan gebeler için doğum bakımı hizmeti vermeye yetkili özel kar amaçlı hastanelerin daha karmaşık vakalarla ilgilenen kamu hastaneleri kadar yüksek sezaryen oranları olduğu gösterilmiştir. İsviçre'de de sezaryen doğum sıklığının, özel kliniklerde kamu hastanelerinden önemli ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur.⁷⁶ Ülkemizde de 2003'te Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlamasıyla yıllar içinde sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı artmıştır. 2003'te tüm doğumların %12,9'u özel hastanelerde yapılırken, 2015 yılında bu oran %43'e yükselmiştir.^{82,83} Özel hastanelerde sezaryen doğum sıklığının yüksek olmasının muhtemel sebepleri; sezaryenle doğum yapmak isteyen gebelerin özel hastanelerde isteklerinin karşılanacaklarını düşünerek özel hastaneleri tercih etmeleri ya da özel hastanelere başvuran gebelerin çeşitli nedenlerle sezaryenle doğum yapmaya yönlendirilmeleri olabilir. Kamu ve özel sektör sağlık tesislerinde farklı sezaryen doğum sıklığı; maddi kazancı artırma, yeterli doktor ve yardımcı sağlık personelinin olmaması gibi tıbbi olmayan faktörlerle özel kurumların sezaryen doğum gerçekleştirmeye motive edebileceğini düşündürmektedir.⁸⁴

Normal doğum yapanların büyük çoğunluğu (%95,9) tekrar gebe kalırsa aynı yöntemi tercih edeceklerini, fakat sezaryen doğum yapanların çoğu (%71,8) tekrar gebe kalırsa aynı yöntemi tercih etmeyeceklerini belirtmişlerdir. Araştırmalar kadınların önceki gebeliklerindeki doğum şeklinin bir sonraki doğum şekli tercihini etkilediğini göstermektedir.⁵⁵

Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için ideal besin sağlamanın eşsiz bir yoludur ve hem anne hem de çocuğun sağlığı üzerinde benzersiz bir biyolojik ve duygusal etkiye sahiptir.⁴² Çalışmamızda gebelerin çoğu (%70,3) doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeklerini emzirebilmişlerdir. Normal doğum yapanların büyük çoğunluğu doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde emzirmeye başlamışken, sezaryen doğum yapanların nerdeyse yarısı doğumdan sonra ilk bir saatten daha geç emzirmeye başlayabilmişlerdir. Doğum şekli ve emzirmeye başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000). Sezaryen oranlarının artması emzirmenin erken başlatılması üzerinde olumsuz sonuçlara neden olmuştur.⁴³ Doğum sezaryen ile gerçekleştiği zaman, anne bütün riskleri ve problemleri olan cerrahi bir hasta haline gelmekte; annenin fiziksel şikayetleri ve anesteziğin etkisi emzirmeye geç başlamaya neden olmaktadır.⁴⁵ Araştırmalar, vajinal doğumla doğmuş yenidoğanlarda sezaryenle doğmuş yenidoğanlara göre emzirmeye daha erken başladığını göstermiştir. Tüm dünyada 2005 yılında doğumdan sonra ilk saat içerisinde emzirebilen bebek oranı %37 iken 2017’de bu oran %42 olmuştur.⁴³ TNSA 2013’e göre Türkiye’de doğumdan sonra kadınların yarısı ilk bir saat içinde emzirebilmektedir.¹³

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonunun ilk uygulama puan ortalaması 60,7 iken, ikinci uygulama ortalaması 69,7 olarak bulunmuştur. İki uygulama arasındaki puan farkı anlamlı düzeydedir. İlk uygulaması 85 puanın altında olanların büyük çoğunluğu (%91) normal doğum tercih etmişlerdir. 85 puan ve üstü olanların üçte birinden daha azı sezaryen doğum tercih etmiştir. Okuryazar veya ilköğretim mezunu olanların (71), daha önceden doğum yapmış olanların (67), gebeliği planlı olmayanların (71), sezaryen doğum tercih edenlerin (72) puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gün’ün (2018) Konya’daki çalışmasında daha önce doğum yapmış kadınların doğum korkusunun yüksek olduğu, Ternstörn ve arkadaşlarının (2015) İsveç’teki çalışmasında ise doğum yapma durumu ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.^{85,86} Laursen ve arkadaşlarının (2008) Danimarka’da yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların doğum korkusunun yüksek olduğunu bulmuştur (87). Şahin ve arkadaşlarının (2009), Aksoy’un (2015), Ternstörn ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında ilişki saptanmamıştır.^{86,88,89}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Araştırmamız gebelerin doğum tercihlerini ve doğum şekillerini belirleyen faktörleri ele almak amacıyla yapılmıştır. Araştırma kriterlerine uygun 152 gebe ile bir defa yüz yüze olmak üzere en az 2 defa görüşülmüştür.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Katılımcıların yaş ortalaması 28,6'dır. Katılımcıların hepsi evlidir. Eşlerinin yaş ortalaması 32,3'tür.
- Katılımcıların çoğunun (%64,5) eğitim durumu lise ve üzerindedir. Eşlerinin çoğunun (%67,1) eğitim durumu lise ve üzerindedir.
- Katılımcıların %73'ü çalışmamaktadır. Eşlerinin hepsi çalışmaktadır.
- Katılımcıların %90'ı çekirdek aile olarak yaşamaktadır. Hanehalkı kişi ortalaması 2,7'dir.
- Katılımcıların hepsinin sosyal güvencesi mevcuttur.
- Katılımcıların aylık gelir ortalaması 3530 TL, kişi başına düşen aylık gelir ortalaması 1497 TL'dir.
- Katılımcıların ilk evlilik yaşı ortalaması 24, ilk gebelik yaş ortalaması 25,4'tür. Katılımcıların gebelik sayısı ortalaması 1,8, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,7'dir. Katılımcıların %57'sinin ilk gebeliğidir, %32'si daha önceden doğum yapmıştır.
- Katılımcılarla ilk görüşme yapılan gebelik haftası ortalaması 31 haftadır.
- Katılımcıların %8'i hayatlarının bir döneminde istemli düşük, %12'si istemsiz düşük, %3'ü ölü doğum yaşamıştır.
- Katılımcıların %6'sı bu gebeliği için yardımcı üreme tekniği kullanmıştır.
- Katılımcıların %18,4'ünün gebeliği planlı değildir.
- Katılımcıların %52'sinin ASM dışında gebelik izlem yeri özel hastanedir.
- Katılımcıların %12'si doğuma hazırlık eğitimi almıştır. Katılımcıların %69'u gebelik izlemi yapan sağlık personelinin gebelik ve doğum ile ilgili verdiği bilgileri yeterli bulmaktadır. Katılımcıların doğumla ilgili bilgi aldığı ilk üç kaynak; internet/tv gibi iletişim araçları, gebelik izlemi yapan sağlık personeli, daha önce doğum yapmış arkadaşları olmuştur.

- Katılımcıların %95'i doğumdan önce doğum yapmayı düşündüğü kurumu belirlemiştir.
- Wijma Doğum Deneyimi Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun ilk uygulamasında katılımcıların %13'ünün, ikinci uygulamada %24'ünün ölçek puanı ≥ 85 olarak ölçülmüştür.
- Katılımcıların %88'i normal doğum tercih ederken, %12'si sezaryen doğum tercih etmiştir. Sezaryen doğum tercih edenlerin ilk üç nedeni; doğum anının ağrısız olması, bebek sağlığı için daha güvenli ve anne sağlığı için daha güvenli olduğu görüşüdür. Katılımcıların %49'u normal doğum gerçekleştirirken, %51'i sezaryen doğum gerçekleştirmiştir.
- Katılımcıların %51'i doğumlarını özel hastanede gerçekleştirmişlerdir. Katılımcıların %93'ünün doğum şekline doktor karar vermiştir.
- Katılımcıların doğum yaptıkları hafta ortalaması 39 hafta olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %61'i tekrar gebe kalırsa aynı doğum yöntemini tercih edeceğini belirtmiştir. Normal doğum yapanların %96'sı, sezaryen doğum yapanların %28'i tekrar aynı doğum yöntemini tercih edeceğini söylemiştir.
- Sezaryen doğum yapanların sezaryen nedenlerinden ilk üçü ilerlemeyen eylem, fetal stres ve gebenin isteği olmuştur.
- Katılımcıların %70'i doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeye başlayabilmiştir. Normal doğum yapanların %89'u, sezaryen doğum yapanların %52'si doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeye başlamıştır.
- Çalışan kadınlar, kişi başına düşen aylık gelir düzeyi daha fazla olan kadınlar, ilk gebeliği olanlar, daha önceden doğum yapmamış olanlar, gebeliği planlı olanlar, özel hastanede gebelik izlemleri yapılanlar, 39 ve altı haftada doğum yapmış olanlar, özel hastanede doğum yapanlar daha fazla sezaryen doğum gerçekleştirmiştir.
- Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu ikinci uygulama puanı, birinci uygulama puanından yüksektir.
- Okuryazar veya ilkokul mezunu olanların, daha önceden doğum yapanların, gebeliği planlı olmayanların, sezaryen doğum tercih edenlerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu ilk uygulama puan ortalaması yüksektir.

- Daha önceden doğum yapmamış olmanın sezaryen doğum riskini 101 kat, özel hastanede doğum yapmanın sezaryen doğum riskini 6 kat artırdığı bulunmuştur.

6.2.ÖNERİLER

Araştırmamızda gebelerin doğum yöntemi tercihi, doğum şekli ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir. Gebelik ve doğum kadınların ve ailelerinin hayatında önemli bir dönemdir. Kadın ve çocuk sağlığı açısından gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Gebelik izlemleri sırasında sağlık personeli, gebeliği ve doğumu hem klinik bir süreç olarak hem de duygusal bir deneyim olarak değerlendirmeli ve ona göre yaklaşım belirlemelidir. Aile sağlığı merkezlerinde rutin yapılan izlem kontrollerinin dışında; gebeliğin her döneminde olan değişikliklere özgü bilgilendirme, yakından izlem, gebelerin doğum korkusunun klinik olarak saptanarak risk grubundaki gebelere yeterli desteğin sağlanması, bireye özgü danışmanlık ve bakım verilmesi, klinik doğum korkusu olan gebelerin uzman danışmanlığında takip edilmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından gebelik, doğum ve doğum sonrası için psikolojik destek programı hazırlanmalıdır. Bu programın, gebelik döneminden başlanarak düzenli aralıklarla takibin sağlanması için birinci basamak sağlık hizmetine entegre edilerek kolay ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

Araştırmamızda doğuma hazırlık eğitimi alma oranı çok düşüktür. Doğuma hazırlık eğitimlerine yönelik standartların geliştirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı 2018/23 sayılı genelgeyi yayınlamıştır. Bu genelgeye uygun olarak, sağlık kurumlarında verilen eğitim standartlaştırılmalı, kadınları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak destekleyecek eğitim içeriğine önem verilerek daha fazla kadının bundan faydalanması sağlanmalıdır.

Kocaeli İli Derince İlçesindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebelerdeki %51'lik sezaryen oranı Dünya Sağlık Örgütünün belirlediği ideal sezaryen oranından çok yüksektir. Sezaryen doğumun hem anne ve bebek sağlığı açısından riskleri hem de sağlık sistemi açısından getirdiği yükler göz önüne alınırsa bu oranın düşürülmesi gerektiği açıktır.

Doğum şeklini belirleyen faktörler arasında tıbbi endikasyonların yanında sosyal ve kültürel faktörler de önemli rol oynamaktadır. Araştırmamızda gebelerin internet/tv iletişim araçlarından doğum ile ilgili bilgi aldığı görülmüştür. Bu doğrultuda kuruluşlar

arasında iş birliği yapılarak internet ve televizyondaki doğumla ilgili yanlış bilgilerin önüne geçilmelidir. Sezaryen doğumun bebek ve anne için güvenli olduğu yanlışlığı yerine gebelerin doğru bilgiye ulaşması sağlanmalıdır. Sağlık çalışanları; gebe kadınları ve ailelerini yeterli düzeyde ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir. Bir kez sezaryen doğum yapmanın sonraki doğumlar için potansiyel sezaryen doğum olmasının riski yanında; adezyonlar, barsak mesane travması, sonraki doğumda plasental bozukluklar gibi potansiyel komplikasyonları mutlaka aktarılmalıdır.

Uygun durumlarda doğum indüksiyonu, yardımcı vajinal doğumlar ve sezaryen sonrası vajinal doğum artırılmalı, ağrısız normal vajinal doğum yöntemleri yaygınlaştırılmalıdır. Doğumhaneler, kadınların kendilerini rahat hissedebilecekleri, düşüncelerini, korkularını sağlık personeli ile konuşabilecekleri, mahremiyetlerine özen gösterilecek şekilde düzenlenmeli, ebe önderliğinde birebir destek ile rahatlamaları sağlanmalıdır. Sağlık personeli ve gebeler doğum ağrısı ve korkusu ile baş etme yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir. Ülkemizde 2015 yılından itibaren Anne Dostu Hastane programı uygulanmaktadır. Kocaeli’nde 2018 yılı itibari ile Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi ve Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere üç tane anne dostu hastane bulunmaktadır. Anne sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini artırarak anne adaylarının güvenli, kaliteli doğum hizmetine ulaşmalarını sağlamayı amaçlayan anne dostu hastane kriterlerine uygun hastaneler yaygınlaştırılmalıdır.

Kadın doğum uzmanlarının dava baskısı ve korkusu olmadan tıbbi endikasyonlarla karar verebilecekleri özgür bir çalışma ortamının sağlanması ve malpraktis yasaının gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Araştırmamızın en önemli sonucu özel hastanelerdeki doğumlarda sezaryen sıklığının yüksek olmasıdır. Doğum öncesi bakım hizmeti ve doğum için özel hastanenin fazla tercih edilmiş olması ve özel hastaneleri tercih eden gebelerde sezaryenle doğum sıklığının yüksek olması sezaryen doğum sıklığının fazlalığında özel hastanelerin payının yüksek olduğunu göstermektedir. Özel hastanelerdeki yüksek sezaryen doğum sıklığının; dava personel sıkıntısı gibi çeşitli durumlardan dolayı sağlık personellerine mi bağlı, yoksa sezaryen doğum yapmak için özel hastaneleri tercih eden gebelere mi bağlı ortaya çıktığını

açıklayabilmek için başka çalışmaların yapılması gerekmektedir. Çalışmalarla saptanan nedenlere yönelik önlemlerin alınması; doğum öncesi bakım, doğum ve genel olarak kadın sağlığı hizmetlerinin kar alanı olarak değil, temel sağlık hizmetleri kapsamında hak olarak görülmesi ve kamusal hizmet sunumunun sağlanması önerilmektedir.



7. ÖZET

KOCAELİ İLİ DERİNCE İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ, DOĞUM ŞEKLİ VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Ebru KARACA

Amaç: Bu çalışmanın amacı daha önce sezaryen doğum yapmamış 28 haftalık ve üstü gebelerin doğum şekli tercihlerini, doğum şeklini ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Longitudinal araştırma tekniği kullanılan bu araştırmanın evrenini Kocaeli İli Derince İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı daha önce sezaryen doğum yapmamış 28 haftalık ve üstü 200 gebe oluşturmaktadır. Örnek seçilmemiştir. 152 gebe ile görüşme yapılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu ve Wijma Doğum Deneyimi Beklentisi Ölçeği, aile sağlığı merkezine gebeler davet edilerek yüz yüze uygulanmıştır. Doğumdan önce en az bir defa, doğumdan sonra da bir defa olmak üzere gebelerle en az iki görüşme yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamaları 28,64±5,68 yıl olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin %18,4'ünün gebeliği planlı değildir. Aile sağlığı merkezi dışında %52'si gebelik izlemlerini özel hastanede yaptırmaktadır. Gebelerin %88,2'si doğuma hazırlık eğitimi almamıştır. Doğumla ilgili bilgi aldıkları ilk üç kaynak internet/tv gibi iletişim araçları, izlem yapan sağlık personeli ve daha önce doğum yapmış arkadaşlar olarak saptanmıştır. Gebelerde klinik derecede doğum korkusu %12,5 oranında saptanmıştır. Gebelerin %11,8'i sezaryen doğum, %88,2'si normal doğum tercih etmiştir, ancak %51,3'ü sezaryen doğum, %48,7'si normal doğum gerçekleştirmiştir ($p<0,05$). Çalışan, kişi başına düşen aylık gelir düzeyi fazla olan, ilk gebeliği olan, daha önce doğum yapmamış olan, gebeliği planlı olan, gebelik izlemini ve doğumunu özel hastanede yaptıran kadınlarda sezaryen doğum yapma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Özel hastanede yapılan doğumlarda sezaryen oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Sezaryen oranlarının artışında özel hastanelerin payının yüksek olduğu görülmektedir. Bu oranların azaltılması için gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Doğum Şekli, Doğum Korkusu, Emzirme

8. ABSTRACT

DETERMINATION OF THE MODE OF DELIVERY PREFERENCES, MODE OF DELIVERY AND THE FACTORS AFFECTING THESE ISSUES IN THE PREGNANT WOMEN REGISTERED TO THE FAMILY HEALTH CENTERS IN DERINCE KOCAELI

Ebru KARACA

Objective: The aim of this study is to determine the preferences for the mode of delivery, mode of delivery and the factors affecting these issues in the women with pregnancies over 28 weeks of gestational age and with no previous cesarean delivery history.

Material and Method: The study was carried out by using a longitudinal research technique and the study population consists of 200 pregnant women registered to the Kocaeli province, Derince district family health centers with pregnancies over 28 weeks of gestational age and with no previous cesarean delivery history. The sample is not selected. 152 pregnant women were interviewed. The questionnaire developed by the researcher and Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire were applied face to face by inviting the pregnant women to the family health center. A total of two interviews were conducted with pregnant women at least once before and once after the delivery.

Results: In the study, the mean age of pregnant women was 28.64 ± 5.68 years. Of the pregnant women participating in the study, 18.4 percent of the pregnancies are unplanned. 52% of the pregnant women have their pregnancy follow up examinations in a private healthcare facility. 88.2% of pregnant women did not receive any childbirth preparation courses. The first three sources of information about delivery were communication tools such as internet/tv, pregnancy follow up professionals and friends who had given birth before, respectively. In 12.5% of the pregnant women, clinical fear of childbirth was found. Of the pregnant women, 11.8% preferred cesarean delivery and 88.2% preferred vaginal delivery; 51.3% had cesarean delivery and 48.7% had vaginal delivery ($p < 0.05$). In women who have an occupation, have a higher monthly income per employee, who is having her first pregnancy, have not given birth before, who is having a planned pregnancy and having her pregnancy follow up examinations and delivery in a private health institution, the rate of cesarean delivery was significantly higher ($p < 0.05$).

Conclusion: Cesarean delivery rates were found to be high in deliveries performed in private health institutions. It is observed that the share of the private health institutions is high in the increase of cesarean delivery rates. Necessary interventions should be taken to reduce these rates.

Keywords: Mode of Delivery, Fear of Childbirth, Breastfeeding



9. EKLER

EK 1. Araştırmada Katılımcılara Uygulanan Soru Formu

KOCAELİ İLİ DERİNCE İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ, DOĞUM ŞEKLİ VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Bu anket, Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı gebelerin doğum yöntemi tercihlerinin, doğum yöntemlerinin ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Ankette verilecek bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalı olup araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz takdirde telefon numaranızı da yazmanız gerekmektedir ve doğum sonunda size bildirdiğiniz telefon numarasından ulaşacağımızı kabul etmiş olmanızdır. Ankette yer alan sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Dr. Ebru Karaca-Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İletişim:
0262 303 75 00

Tarih:

Anket No:

ASM:

Ad Soyad:.....

Kayıtlı Olduğu Dr:

Tel No:

A-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Doğum tarihiniz:/..../.....

2.Medeni haliniz: 1. Evli 2.Bekar 3.Diğer

3. Evliyseniz eşinizin Doğum Tarihi:/..../.....

4. Evliyseniz evlendiğiniz zaman kaç yaşındaydınız:.....

5. En son bitirdiğiniz okul: 1.Okur-Yazar Değil 2. Okur-Yazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5. Lise 6.Önlisans 7.Lisans 8. Lisansüstü

6. Mesleğiniz:.....

7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?: 1.Hayır 2.Evet ise.....

1.Ücretli 2.Yevmiyeli 3.İşveren 4.Kendi hesabına 5.Ücretsiz aile işçisi
6.Diğer.....

8. Çalıştığınız Kurum:.....

9. Yaptığınız iş:.....

10. Evliyseniz eşinizin en son bitirdiği okul: 1.Okur-Yazar Değil 2. Okur-Yazar
3. İlkokul 4. Ortaokul 4. Lise 5.Önlisans 6.Lisans 7. Lisansüstü

11. Evliyseniz eşinizin Mesleği:.....

12. Evliyseniz eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu: 1.Hayır 2. Evet ise.....

1.Ücretli 2.Yevmiyeli 3.İşveren 4.Kendi hesabına 5.Ücretsiz aile işçisi
6.Diğer.....

13. Evliyseniz eşinizin çalıştığı kurum:.....

14. Evliyseniz eşinizin yaptığı iş:.....

15. Aile tipiniz: 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)

16. Evinizdeki toplam kişi sayısı:.....

17.Evinize giren aylık toplam gelir ne kadar:.....TL

18.Sosyal Güvenceniz var mı: 1.Hayır 2.Evet.....

B. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

19.Son Adet Tarihiniz:/..../.....

20.Bu kaçmıcı gebeliğiniz:.....

21. İstemli Düşük, istemsiz düşük veya ölü doğumla sonuçlanan gebelikleriniz oldu mu?

1. Hayır 2.Evet (... kez istemli düşük, ... kez istemsiz düşük, kez ölü doğum)

22. Eğer daha önce doğum yaptıysanız en son hangi tarihte doğum yaptınız:
..../..../.....

23. Gebelik için yardımcı bir üreme tekniği kullandınız mı?(tüp bebek, aşılama, ilaç kullanma, vb.) 1.Hayır 2.Evet ise belirtiniz.....

24. Bu gebeliğinizi istiyor muydunuz: 1.Hayır 2. Evet

25. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız:.....

26. Şu anki gebeliğiniz? 1.Tekil gebelik 2.Çoğul gebelik

27. Şu anki gebeliğinizden önce sürekli kullandığınız bir ilaç var mıydı?

1.Hayır 2.Evet Belirtiniz.....

28. Şu anki gebeliğiniz süresince herhangi bir ilaç kullandınız mı?

1.Hayır 2.Evet Belirtiniz.....

29. Gebeliğinizi kaçınıcı haftada tespit ettiniz:.....

30. Gebeliğinizi nasıl tespit ettiniz:.....

31. Şu anki gebeliğinizde sağlık kurumuna başvurduğunuz zaman kaç aylık(haftalık) gebeydiniz:.....

32. Şu anki gebeliğinizde aile hekiminize ilk gitme nedeniniz neydi?

1. Kontrol için gittim 2. Bir sorun vardı

33. Şu anki gebeliğinizin kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz:

1.Aile Sağlığı Merkezi 2.Devlet Hastanesi 3.Eğitim Araştırma veya Üniversite Hastanesi 4.Özel Hastane 5.Diğer.....

34. Şu anki gebeliğinizde gittiğiniz sağlık kurumunda doğum öncesi bakımı kim tarafından alıyorsunuz:

1.Kadın Doğum Uzmanı 2.Aile Hekimi 3.Aile Sağlığı Elemanı 4.Ebe 5.Hemşire

35. Şu anki gebeliğinizde sağlık kurumuna her çağrıldığınızda doğum öncesi bakım almak için gittiniz mi?

1. Hayır 2.Evet

36.Şu anki gebeliğinizin kontrolü için sağlık kurumuna ne sıklıkta başvurursunuz:
.....haftada bir

37.Şu anki gebeliğinizde doğum öncesi bakım almak için sağlık kuruluşuna kiminle birlikte başvurduunuz:

1. Kendim 2.Eşimle birlikte 3.Eşimin ailesiyle 4.Kendi ailemle
5.Diğer.....

38. Şu anki gebelik süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

1. Hayır 2.Evet Belirtiniz.....

39. Şu anki gebeliğinizde sorun yaşadıysanız yaşadığınız sağlık sorunları ile başetmek için ne yaptınız?

1. Önemsemedim 2. Sorunun geçmesini bekledim

3. Bir yakınımdan yardım aldım 4.Hemen sağlık kuruluşuna başvurdum

40. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattınız mı?

1.Hayır 2.Evet

41. Cevabınız evet ise...• Hastaneye yatma nedeni.....

• Hastanede kalma süresi..... • Gebelik haftası/ayı.....

42. Kayıtlı olduğunuz İlçe Sağlık Müdürlüğünde Doğuma Hazırlık Sınıfı var mı:

1. Hayır 2.Evet

43. Bu gebeliğinizde doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi hakkında herhangi eğitim aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet

44. Şu anki gebeliğiniz süresince doğum hakkında hangi kaynaklardan bilgi

edindiniz: 1. Doktor 2. Ebe/hemşire 3. Aile büyükleri 4. Arkadaş/Daha
Önce Doğum Yapmış Kişiler 5. İnternet/TV gibi iletişim araçları 6. Doğuma hazırlık
sınıfları 7. Daha önce doğum yaptım 8. Diğer.....

45. Doğum öncesi izlemlerinizi yapan sağlık personelinin size gebeliğiniz veya doğum ile ilgili verdiği bilgileri yeterli buldunuz mu:

1. Hayır 2. Evet

46. Doğum şekillerinden hangilerini biliyorsunuz?

1. Normal Vajinal Doğum 2. Epidural Anestezi ile (AĞRISIZ) Normal Doğum
3. Suda Normal Doğum 4. Sezaryen Doğum 5. Diğer.....

47. Şu anki gebeliğinizde hangi doğum yöntemini tercih edersiniz:

1. Normal Vajinal Doğum 2. Epidural Anestezi ile (AĞRISIZ) Normal Doğum
3. Suda Normal Doğum 4. Sezaryen Doğum 5. Henüz Karar Vermedim

48. Gebeliğinizin ilk haftalarında hangi doğum yöntemini tercih ediyordunuz:

49. Gebeliğinizin ilerlemesiyle birlikte doğum yöntemi tercihinizde bir değişiklik oldu mu: 1. Hayır 2. Evet (..... nedeniyle)

50. Doğum yöntemi tercihinize kiminle birlikte karar verdiniz?

1. Kendisi 2. Eşi 3. Eşiyle Birlikte 4. Aile Büyükleri
5. Doğum öncesi bakım veren ebenin tavsiyesi ile 6. Doğum öncesi bakım veren
hekimin tavsiyesi 7. Henüz Karar Vermedim 8. Diğer.....

51. Doğumunuzda eşinizin yanınızda bulunmasını ister misiniz: 1. Hayır 2. Evet

52.Doğum yöntemi tercihiniz ve nedenleri nelerdir:

	E	H		E	H
<u>Normal Doğum</u>			<u>Sezaryen Doğum</u>		
Doğal bir süreç			Doğum anının ağrısız olması		
Daha hızlı iyileşme			Bebek sağlığı için daha güvenli		
Bebek için daha sağlıklı			Anne için daha güvenli		
Anne için daha sağlıklı			Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalınması		
Doğumdan sonra daha az ağrı			Bebeğin doğum zamanının seçilebilmesi		
Bebekle daha erken etkileşimin olması			Gebelik süresince yaşanan sağlık sorunları		
Hastanede daha kısa süre kalma			Acil sezaryenden kaçınma		
Doğumdan sonra daha hızlı kilo verme			Pelvik taban zedelenmesini azaltmak(idrar kaçırma, epizyotomi ile yırtılmaların önlenmesi)		
Emzirmenin daha kolay olması			Cinsel aktivitenin daha hızlı iyileşmesi		
Batında yara izi olmaması			Daha önceki vajinal doğumda olumsuz tecrübe		
Operasyona bağlı veya anesteziye bağlı riskin minimum olması			Gebelik izlemine yapan sağlık personelinin doğumu yaptırabilmesi isteği		
Doğum sınırının olmaması			Doktorun tavsiyesi		
Aile ve arkadaşların tavsiyeleri			Aile ve arkadaşların tavsiyeleri		
Doktorun tavsiyesi					
Normal Doğum deneyimini yaşamayı istemek					
Diğer:			Diğer:		

53.Doğum yapmayı düşündüğünüz kurumu belirlediniz mi:

1.Hayır 2.Evet ise Neresi..... Nedeni

C. POSTPARTUM DÖNEMİ ÖZELLİKLERİ

54. Doğumunuzu hangi tarihte yaptınız:...../...../.....

55. Doğumunuzu nerede yaptınız: 1.Ev 2.Devlet Hastanesi 3.Eğitim Araştırma veya Üniversite Hastanesi 4.Özel Hastane 5.Diğer.....

56. Doğumunuzu hangi yöntemle yaptınız?

1. Normal Vajinal Doğum 2. Epidural Anestezi ile (AĞRISIZ) Normal Doğum

3. Suda Normal Doğum 4. Sezaryen Doğum 5.Diğer.....

57. Sezaryen ise nedeni: 1. Kendi isteğim 2. İlerlemeyen eylem 3. Makad geliş 4. Fetal stress 5. Plasenta anomalileri 6. Gebelik ve hipertansif hastalıklar 7. Baş Pelvis uyumsuzluğu 8. Çoğul gebelik 9. İleri yaş gebeliği 10. Doktorumun tercihi 11. Diğer (.....)

58. Doğum şeklinize kim karar verdi:

1.Kendisi 2.Eşi 3.Eşiyle Birlikte 4.Aile Büyükleri 5.Doktor 6.Diğer.....

59.Doğumunuzu kim tarafından gerçekleştirildi:1.Doktor 2.Ebe 3.Diğer.....

60. Doğumunuzu gebeliğiniz boyunca sizi takip eden doktor / ebe tarafından mı gerçekleştirildi: 1.Hayır 2.Evet

61.Doğum anınızda eşiniz de yanınızda mıydı: 1.Hayır 2.Evet

62. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirebildiniz? 1. Hemen sonra

2.İlk yarım saat içinde 3. Bir Saat İçinde 4. Daha geç 5. Hiç emziremedim

63. Tekrar gebe kalsanız aynı doğum yöntemini tercih eder miydiniz?

1.Evet 2.Hayır ise hangi yöntemi tercih ederdiniz.....

1. Normal Vajinal Doğum 2. Epidural Anestezi ile (AĞRISIZ) Normal Doğum

3. Suda Normal Doğum 4. Sezaryen Doğum

64. Bu doğum yöntemini tercih etmeme sebebiniz:.....

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancuları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancularınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancularınızı ve doğumu düşününüz, ümit ettiğiniz şekli değil.

I. Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1-) 0 1 2 3 4 5
Son derece mükemmel Hiç mükemmel değil

2-) 0 1 2 3 4 5
Son derece korkunç Hiç korkunç değil

II. Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3-) 0 1 2 3 4 5
Son derece yalnız Hiç yalnız değil

4-) 0 1 2 3 4 5
Son derece güçlü Hiç güçlü değil

5-) 0 1 2 3 4 5
Son derece kendinden emin Hiç kendinden emin değil

6-) 0 1 2 3 4 5
Son derece korkmuş Hiç korkmamış

7-) 0 1 2 3 4 5
Son derece yüzüstü bırakılmış Hiç yüzüstü bırakılmamış

II. Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8-) 0 1 2 3 4 5
Son derece güçsüz Hiç güçsüz değil

9-) 0 1 2 3 4 5
Son derece güvende Hiç güvende değil

10-) 0 1 2 3 4 5
Son derece bağımsız Bağımlı

11-) 0 1 2 3 4 5
Son derece umutsuz Hiç umutsuz değil

12-) 0 1 2 3 4 5
Son derece gergin Gerginlik yok

13-) 0 1 2 3 4 5
Son derece memnun Hiç memnun değil

14-) 0 1 2 3 4 5
Son derece hoşnut Hiç hoşnut değil

15-) 0 1 2 3 4 5
Son derece terkedilmiş Hiç terkedilmemiş

16-) 0 1 2 3 4 5
Tamamen kendine hakim Hiç kendine hakim değil

17-) 0 1 2 3 4 5
Son derece rahat Hiç rahat değil

18-) 0 1 2 3 4 5
Son derece mutlu Hiç mutlu değil

III. Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19-) 0 1 2 3 4 5
Aşırı panik Hiç panik değil

20-) 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok

21-) 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22-) 0 1 2 3 4 5
Aşırı öz güvenli Öz güveni yok

23-) 0 1 2 3 4 5
Son derece güvenli Kendine güvensiz

24-) 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

IV. Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25-) 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım Kötü bir şekilde davranmayacağım

26-) 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim

27-) 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28-) 0 1 2 3 4 5
Son derece keyif verici Hiç keyif verici değil

29-) 0 1 2 3 4 5
Son derece doğal Hiç doğal değil

30-) 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması gerektiği gibi Hiç olması gerektiği gibi değil

31-) 0 1 2 3 4 5
Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil

VI. Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32-) ...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

33-) ... doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK 2.KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Kocaeli İli Derince İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne Bağlı Aile Sağlığı Merkezlerindeki Gebelerin Doğum Yöntemi Tercihi, Doğum Şekli ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/149			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Halk Sağlığı			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD			
	Destekleyici	KÜ BAPB			
	Araştırmacının Türü	Uzmanlık Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli	Çok Merkezli	Ulusal	Uluslararası

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gözlemsel Çalışma/Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/7,9	Proje No: 2018/149	Tarih: 18/10/2018
	Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
<input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*			

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler:

İçerisinden alınması koşuluyla uygundur.

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	2/2

EK 3.Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 34059705-799
Konu : Uzmanlık Tezi-Ebru KARACA

KOCAELİ DERİNCE İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Ebru KARACA'nın 10.04.2018 tarih ve 66916793 barkod sayılı başvurusuna istinaden "Kocaeli İli Derince İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne Bağlı Aile Sağlığı Merkezlerindeki Gebelerin Doğum Yöntemi Tercihi, Doğum Şekli ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu uzmanlık tezi çalışmasını hastanenizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Onursal VARLIKLI
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hiz./İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ

Faks No:

e-Posta:kader.bozkus@saglik.gov.tr İnt.Adresi: kism.egitim@gmail.com

Bilgi için:Kader BOZKUŞ

Unvan:MEMUR

Telefon No:02623192014

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 00135087-8f1-4645-a304-d6f932386a10 kodu ile erişebilirsiniz.

10. KAYNAKÇA

1. Tulchinsky TH, Varavikova EA, Family Health, The New Public Health, 3. Baskı,Elsevier Academic Press, San Diego, 2014 ve 311-379.
2. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, World Health Organization,New York: United Nations,5 -13 Eylül 1994.
3. Waddell AL, Achieving reproductive health for all, The role of WHO, World Health Organisation, 1995, WHO/FHE/95.6.
4. Starrs AM, Safe motherhood initiative: 20 years and counting. The Lancet,2006 ve 368(9542), 1130-1132.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Güvenli Annelik Eğitim Programı, 2009, Erişim Tarihi: 15 Kasım 2018,Erişim Adresi:
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/G%C3%BCvenli%20Annelik%20kat%C4%B11%C4%B1mc%C4%B1%20kitab%C4%B11.pdf>.
6. Cook K, Loomis C, The impact of choice and control on women’s childbirth experiences. The Journal of perinatal education,2012 ve 21(3), 158.
7. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H ve ark. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC pregnancy and childbirth, 2018 ve 18(1), 28.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL ve ark.Vaginal Delivery, William’s obstetrics,24. baskı, McGraw-Hill Education Edition, New York,2014 ve 536-557.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL ve ark. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy, William’s obstetrics, 24. baskı, McGraw-Hill Education Edition, New York,2014 ve 587-608.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL ve ark.Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy,Williams Obstetrics, 23. baskı, McGraw-Hill Education Edition, New York,2010 ve 544-564.

11. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Damla Matbaacılık, 2010.
12. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY ve ark. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet, 2018 ve 392(10155), 1341-1348.
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2014 2013.
14. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.
15. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C ve ark. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies, The Lancet, 2018 ve 392(10155), 1358-1368.
16. Üreme Sağlığına Giriş, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
17. The Safe Motherhood Conference, Special Report 1987, 13 ve 2.1987, Erişim Tarihi: 10.09.2018, Erişim Adresi: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2947837.pdf?refreqid=excelsior%3A361d2e944cf329daf9e2c8426aee59ca>.
18. Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu 2014, United Nations, New York, 2014.
19. Ayata G, Dilek ES, Oder B E, Kadın Hakları Uluslararası Hukuk ve Uygulama, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, 2010 ve 89-90.
20. Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, DSÖ internet sitesi, 2016, Erişim Tarihi: 07.12.2018, Erişim Adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2014.
22. Ante Natal Care World Statistic, Erişim Tarihi: 20.12.2018, Erişim Adresi: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ANVC.ZS>

23. Unicef Antenatal Care, Erişim Tarihi: 25.12.2018, Erişim Adresi:<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>.
24. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL ve ark. Normal Labor, William's obstetrics,24. baskı, McGraw-Hill Education Edition,New York,2014 ve 433-454.
25. Van Dongen PW, Caesarean Section Etymology and Early History. South African Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2009 ve 15(2).
26. Sandall J, Tribe RM, Avery L ve ark. Short-Term and Long-Term Effects of Caesarean Section on The Health of Women and Children. The Lancet, 2018 ve 392(10155), 1349-1357.
27. Van Ham MA, Van Dongen PW, Mulder J, Maternal Consequences of Caesarean Section. A Retrospective Study of İntra-Operative and Postoperative Maternal Complications of Caesarean Section During a 10-Year Period. European Journal of Obstetrics and Gyn.
28. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR, The İncreasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014, PloS one,2016 ve 11(2).
29. Caesarean sections, OECD Data, Erişim Tarihi:22.11.2018, Erişim Adresi: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>.
30. Cesarean Delivery Rate by State, National Center for Health Statistics, Centers For Disease Control End Prevention, Erişim Tarihi: 20.11.2018, Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/sosmap/cesarean_births/cesareans.htm.
31. Fay Menacker PH., Sally C, Curtin MA, National Vital Statistics Report, Centers for Disease Control and Prevention, 2001, 49 ve 13.
32. Occhi GM, Netto TD LF, Neri MA, Rodrigues EAB, Fernandes ADLV, Strategic Measures to Reduce The Caesarean Section Rate in Brazil. The Lancet, 2018, 392(10155) ve 1290-1291.

33. Signorelli C, Cattaruzza MS, Cesarean Section Rates in Italy. American Journal of Public Health, 1994, 84(8) ve 1340-1341.
34. Tranquilli AL, Giannubilo SR, Cesarean Delivery on Maternal Request in Italy. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004, 84(2) ve 169-170.
35. Koc I, Increased cesarean section rates in Turkey. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2003, 8(1) ve 1-10.
36. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012.
38. TC Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Komisyon Raporu, 2017, Erişim Tarihi:30.12.2018, Erişim Adresi:http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastaliklari_ve_dogum_bransi_komisyon_calis.
39. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB, Türkiye’de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. Sakarya Med J, 2017, 7(4) ve 158-163.
40. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö, Psychological Perspectives on Fear of Childbirth. Journal of Anxiety Disorders, 2016, 44 ve 80-91.
41. Hofberg K, Brockington I, Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth: A Series of 26 Cases. The British Journal of Psychiatry, 2000, 176(1) ve 83-85.
42. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services, World Health Organization, and Unicef, Geneva,1989, Erişim Adresi:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39679/9241561300.pdf?sequence=1>.
43. Breastfeeding Report 2018, CDC, Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2018breastfeedingreportcard.pdf>.

44. Capture The Moment. UNICEF, WHO, 2018, Erişim Adresi:<https://data.unicef.org/resources/capture-the-moment/>.
45. Cakmak H, Kuguoglu S, Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. International journal of nursing studies, 2007.
46. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ, Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. The American journal of clinical nutrition, 2012, 95(5) ve 1113-1135.
47. Borlu A, Kayseri kentsel alanda seçilmiş bir sağlık ocağı bölgesinde doğum yapan kadınların doğum şekli konusunda düşünce ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
48. Güzel M, Yüksek Lisans Tezi,Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Tercihini Üzerine Etkisi, Bülent Ecevit Üniversitesi, 2014.
49. Akcay AE, Kayseri Doğumevi Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumunun Doğum Tercihine Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
50. Koca ÇS, Kadınların Sezaryen Doğum Tercihini Ve Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
51. Körükcü HÖ, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2009.
52. Zhang H, Wu J, Norris J, Guo L, Hu Y, Predictors of preference for caesarean delivery among pregnant women in Beijing. Journal of International Medical Research, 2017, 45(2) ve 798-807.
53. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri. Fırat Tıp Derg. 2014 ve 19(3):122-125.

54. Vatansver Z, Okumuş H. Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013, (2), 6 ve 82-87.
55. Akarsu RH, Kadınların Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2012.
56. Börü F, Primipar Kadınların Doğum Kaygısı İle Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
57. Yaşar Ö, Primipar Kadınların Doğum Tercihleri Ve Bunu Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
58. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S ve ark. Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. Journal of psychosomatic research, 2019, 116 ve 37-43.
59. Fişek NH, Sağlığı Koruma Önlemleri, Halk Sağlığı'na Giriş, Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No.2, Ankara, 1983 ve 89.
60. Simsek H, Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. Dokuz Eylül University Medicine Journal, 2011, 25(2) ve 119-126.
61. Özkan S, Aksakal F N, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ, Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler, Turkish Journal of Public Health, 2013, 11(2) ve 59-71.
62. İstatistiklerle Kadın 2018, TÜİK, Erişim Tarihi:12.03.2019, Erişim Adresi:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30707>.
63. Adak N, Kadınların ikilemi: iş ve aile yaşamı. Sosyoloji Dergisi, 2007 ve 17.
64. Gaydos LM, Hogue CJR, Kramer MR, Riskier than we thought: revised estimates of noncontracepting women risking unintended pregnancy. Public Health Reports, 2006, 121(2) ve 155-159.

65. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G, Global Regional and Subregional Trends In Unintended Pregnancy And Its Outcomes From 1990 To 2014: Estimates From A Bayesian Hierarchical Model. *The Lancet Global Health*,2018, 6(4) ve 380-389.
66. Tekin Y B, Güven ESG, Gebelikte tiroid hastalıkları ve neonatal sonuçları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2014 ve 11(4).
67. Batman D, Gebe Kadınların Gebelikleriyle İlgili Araştırdığı Konular Ve Bilgi Kaynakları Ve Nitel Bir Çalışma.KOU Sag Bil Derg 2018, 4(3) ve 63-69.
68. Karabulutlu Ö, Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20(3) ve 210-218.
69. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL, Women's fear of childbirth and preference for cesarean section a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2009, 88(7) ve 807-813.
70. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A, Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2012, 119(10) ve 1238-1246.
71. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart S H, Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2009, 30(3) ve 168-174.
72. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A, Fear of childbirth ve the relation to anxiety and depression. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2012, 91(2) ve 237-242.
73. Nordeng H, Hansen C, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M, Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 2012, 15(3) ve 203-209.
74. Klabbbers GA, Van Bakel HJ, Van Den Heuvel M, Vingerhoets AJ, Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 2016, 25(1) ve 107-127.

75. Yılmaz S, Doğum Beklentisi İle Yaşanılan Doğum Deneyimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi,2017.
76. "Cesarean Sections" in Health at a glance 2017, OECD İndicators,OECD publishing, Paris, Erişim Tarihi:27.02.2019, Erişim Adresi:https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/caesarean-sections_health_glance-2017-66-e.
77. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR, Preventing The First Cesarean Delivery: Summary Of A Joint, Eunice Kennedy Shriver National İnstitute Of Child Health And Human Development, Society For Maternal-Fetal Medi, 2012.
78. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD ve ark. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018, 26(1) ve 31-43.
79. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakım Hasta Hizmetleri Ve Eğitim Dairesi Başkanlığı Gebe Okulu Genelgesi 2018/23, Erişim Adresi: <https://khgmsaglikbakimdb.saglik.gov.tr/TR,49327/gebe-okulu-genelgesi-yayinlandi.html>.
80. Til A, Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi, Doctoral dissertation, Pamukkale Üniversitesi, 2018.
81. Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E, Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri, 2017 ve 9(3).
82. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
83. Genel Sağlık İstatistikleri, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi:28.02.2019, Erişim Adresi:<https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>.
84. Singh P, Hashmi G, Swain PK, High prevalence of cesarean section births in private sector health facilities-analysis of district level household survey-4 (DLHS-4) of India. BMC public health, 2018, 18(1) ve 613.

85. Gün ÖE, Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, T.C.Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,2018.
86. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C, Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women–Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 2015, 31(4) ve 445-450.
87. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C, Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2008, 115(3) ve 354-360.
88. Aksoy AN, Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2015 ve 2(3).
89. Şahin N, Hüsniye D, Dişsiz M, Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2009, 40(2) ve 57-62.