



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

NULLİPAR GEBELERİN GEBELİK SÜRESİNCE DOĞUM
ŞEKİLLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. NAZAN BEDİR

MART 2019



**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**NULLİPAR GEBELERİN GEBELİK SÜRESİNCE DOĞUM
ŞEKİLLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. NAZAN BEDİR

**DANIŞMAN
PROF. DR HASAN ÇETİN EKERBİÇER**

MART 2019

BEYAN

Bu alışmaya T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23/02/2018 tarihinde onay alınarak başlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/03/2019

Nazan BEDİR

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Hasan etin EKERBİÇER'e, tezin başından sonuna kadar bilgi aliőveriőinde bulunduğum arkadaőım Muhlise DEMİRBAŞ'a, destekleri için başta Baran İNCİ ve bölümümüzdeki diğer asistan arkadaőlarıma teőekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla
Dr. Nazan BEDİR

İçindekiler

BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
KISALTMA VE SİMGELER	viii
ŞEKİLLER	ix
TABLolar	x
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. NORMAL DOĞUM.....	5
2.1.1. Normal Doğumun Tarihsel Süreci	6
2.1.2. Gebelerin Normal Doğum Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları	9
2.2. SEZARYEN DOĞUM	11
2.2.1. Sezaryen Doğumun Tarihçesi.....	11
2.2.2 Dünyada Ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Sıklıkları	13
2.2.3 Gebelerin Sezaryen Doğum Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları.....	16
2.2.4 Sezaryen Doğumun Kadın Ve Çocuk Sağlığı Üzerindeki Kısa Ve Uzun Dönem Etkileri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	20
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	20
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	21
3.4.1 Bağımlı Değişkenler	21
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	21
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ	21
3.5.1. Veri Toplama Araçları	21
3.5.2. Ön deneme	22
3.5.3. Veri Toplama Yöntemi	22
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	22
3.7. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ.....	23
3.8. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER.....	24
3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	24
3.10. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	24
4. BULGULAR.....	25

5. TARTIŞMA.....	55
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR.....	67
EK -1 ANKET FORMU.....	75
EK-2 ETİK KURUL ONAYI.....	80
EK -3 ÖZGEÇMİŞ.....	81



KISALTMA VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NVD: Normal vajinal doğum

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

SS: Standart sapma

ŞEKİLLER

Şekil 1: Nullipar Gebelerin İlk Ve İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Ve Gerçekleştirdikleri Doğum Şekillerinin Grafikselsel Gösterimi (n=201)

Şekil 2: Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşme Sırasında Tercih Ettikleri Doğum Şekillerindeki Değişiminin Grafikselsel Gösterimi

TABLolar

Tablo.1. Birleşmiş Milletler Coğrafi Gruplamasına Göre 121 Ülkenin 1990-2014 Yılları Arasındaki Sezaryen Oranları

Tablo 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların İlk Görüşmedeki Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 5. İlk Görüşmede İfade Edilen *Normal Vajinal Doğum Tercih Nedenlerinin* Sıralaması

Tablo 6. İlk Görüşmede İfade Edilen *Sezaryen Doğum Tercih Nedenlerinin* Sıralaması

Tablo 7. İlk Görüşmede Katılımcıların Doğum Şekilleri Hakkında Eğitim Alma Durumları Ve Eğitim Kaynakları

Tablo 8. Katılımcıların Doğum Şekli İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı (İlk Görüşme)

Tablo 9. Katılımcıların İkinci Görüşmede Sorulan Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımı

Tablo 10. İkinci Görüşmede Katılımcılara Ulaşılamama Nedenleri

Tablo 11. Katılımcıların Gerçekleşen Doğum Şekilleri

Tablo 12. Katılımcıların Doğum Şekilleri İle İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo13. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 14. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 15. Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların Aile Tipine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 17. Katılımcıların Gebeliklerinin İstemli Olup Olmamasına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 18. Katılımcıların Gebe Kalmak İçin Tedavi Görme Durumlarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 19. Katılımcıların Düşük Öyküsüne Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 20. Katılımcıların Planladıkları Doğum Yerine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 21. Katılımcıların Doğum Şekline Karar Vermesini Düşündüğü Kişiye Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 22. Katılımcıların Doğum Şekilleriyle İlgili Yeterince Bilgi Sahibi Olup Olmadıklarını Düşünmelerine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 23. Katılımcıların Doğum Şekilleri Hakkında Bilgi, Eğitim Alma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Karşılaştırılması (İlk Görüşme)

Tablo 24. Katılımcıların Gebe Okulu Eğitimlerine Katılma Durumuna Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 25. Katılımcıların Planladıkları Çocuk Sayısına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 26. Katılımcıların Doğum Şeklinin Nasıl Olacağıyla İlgili Çevresi Tarafından Yönlendirilip Yönlendirilmediğine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 27. Katılımcıların Yakınlarının Kötü Vajinal Doğum Deneyimi Yaşamasına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 28. Katılımcıların Yakınlarının Kötü Sezaryen Doğum Deneyimi Yaşamasına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 29. Katılımcıların Gebelik Sürecinde Sağlık Problemi Yaşama Durumlarına Göre İkinci Görüşmede Tercih Edilen Ve Gerçekleşen Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

Tablo 30. Katılımcıların Doğum Şekli Tercihlerinin Bazı Değişkenlere Göre Regresyon Analizi

Tablo 31. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

Tablo 32. Katılımcıların İlk Görüşmede Tercih Ettikleri Ve Gerçekleşen Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

Tablo 33. Katılımcıların İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Ve Gerçekleşen Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

Tablo 34. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Doğum Şekillerinin Değişimi

Tablo 35. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşme Sırasında Tercih Ettikleri Doğum Şekillerindeki Değişiminin Dağılımı

Tablo 36. Katılımcıların İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Doğum Şekli İle Doktorlarının Önerdiği Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 37. Katılımcılara Doktorlarının Önerdiği Doğum Şekli İle Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Araştırmada bir hastaneye başvuran nullipar gebelerin doğum şekilleri hakkındaki bilgi ve tutumlarının tercih ettikleri doğum şekline etkisini, gebeliğin ilerlemesi ile tercih edilen doğum şeklinin değişip değişmediğini ve tercih edilen doğum şekilleriyle gerçekleşen doğum şekilleri arasında fark olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipte tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmaya Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kampüsü gebe polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 232 nullipar gebe dahil edilmiştir. Gebelerle üç görüşme yapılmış olup veriler bu görüşmelerde araştırmacı tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplanmıştır. Gebelerle ilk görüşme gebeliğin ilk 24 haftasında, ikinci görüşme ise gebeliğin 36. haftası veya sonrasında yapılmıştır. Son görüşme ise doğumdan sonra gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş ortalaması $24,5 \pm 4,05$ (SS) olarak bulundu (min=18, max=41). İlk görüşmede gebelerin %83,6'sı herhangi tıbbi bir neden olmaması durumunda NVD ile, %5,6'sı sezaryen ile doğum yapmak istediklerini belirtti, %10,8'i ise kararsızdı. Normal doğumun daha sağlıklı olması ve iyileşme süresinin daha kısa olması ilk görüşmede NVD tercih nedenlerinin başında gelmekteydi. Normal doğum ağrılarında korkma ise en sık sezaryenin tercih edilme nedeniydi. İlk görüşmede bazı değişkenlerin doğum şekli tercihinin etkilerini görmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lise mezunu olan gebeler lise altı eğitim almış gebelere kıyasla 3,1 kat, gebe kalmak için tedavi görmek 4,0 kat, çevresinde kötü NVD ile doğum deneyimi yaşamış insanların olması 2,9 kat sezaryen ile doğum tercihinin veya kararsız olmalarını arttırmaktaydı ($p < 0.05$). Ayrıca doğum şekilleri

hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin de sezaryen ile doğumu tercih etmeleri veya kararsız olmaları 4,7 kat fazlaydı ($p<0.05$).

İkinci görüşmede ulaşılan 201 gebenin %90'ı NVD ile, %8,5'i sezaryen ile doğum yapmak istediklerini ifade etti, %1,5'i ise kararsızdı. Ancak bu 201 gebe için gerçekleşen sezaryen oranı %44,3'tü. İlk ve ikinci görüşmede tercih edilen doğum şekilleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen iki görüşme ve gerçekleşen doğum şekilleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Gebelerle yapılan ikinci görüşmedeki doğum şekli tercihiyle gebelerin takiplerini yapan doktor tarafından önerilen doğum şekli arasında da anlamlı fark bulunmadı.

SONUÇ: Birinci görüşmede sezaryen tercih etme oranı %5,6, ikinci görüşmede %8,5 olmasına ve doktorların da önerilerinin bu oranlara yakın olmasına rağmen gerçekleşen sezaryen oranı %44,3 gibi yüksek bir değerdir. Her ne kadar çalışma topluma genellenemese de bu değişimin nedenlerinin araştırılmasını öneriyoruz. Çeşitli hipotezler geliştirilebilir ancak konunun tarafları (sağlık yöneticileri, kadın doğum uzmanları, ebeler, anne-baba adayları) ile yapılacak niteliksel araştırmalar bu alanda önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Nulliparite, Sezaryen, Vajinal doğum

ABSTRACT

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF THE NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN ABOUT DELIVERY TYPES DURING PREGNANCY PERIOD

INTRODUCTION AND AIM: In this study, the aim was to determine the effect of the knowledge and attitudes of the nulliparous women who applied to a hospital on the type of delivery they prefer, whether the type of delivery they prefer has changed with the progression of pregnancy and whether there is any difference between the preferred types of delivery and how they actually delivered.

MATERIAL AND METHOD: This study, which was planned as a cross-sectional type descriptive study, included 232 nulliparous pregnant women over the age of 18 who were admitted to the outpatient clinic of the Sakarya University Education and Research Hospital's Obstetrics and Gynecology Campus for various complaints and agreed to participate in the study. Three interviews were conducted with the pregnant women and the data were collected through a questionnaire prepared by the researcher in these interviews. The first interview with the pregnant women was done within the first 24 weeks of pregnancy and the second interview was carried out at the 36th week of pregnancy or after. The last interview was performed after birth.

RESULTS: The mean age of the pregnant women included in the study was 24.5 ± 4.05 (SD) (min = 18, max = 41). In the first interview, 83.6% of the pregnant women stated that if there is no medical reason, they want to give birth by normal vaginal delivery (NVD) and 5.6% by cesarean section but 10.8% was undecided. The fact that the normal delivery was healthier and the recovery time was shorter was reported as the primary reason for choosing NVD in the first interview. The fear of normal birth pain was the most common reason for choosing cesarean section.

Logistic regression analysis was performed to see the effects of certain variables on the choice of delivery method in the first interview.

The pregnant women who were high school graduates were 3,1 times more likely to prefer cesarean section or to be undecided than those who were not. In addition, undergoing treatment to become pregnant and being surrounded by people with negative NVD experiences made subjects more likely to prefer cesarean section or to be undecided 4,0 times in the former case and 2,9 times in the latter ($p < 0.05$). In addition, it was found that those who thought they did not have enough knowledge about the types of delivery were also 4,7 times more likely either to prefer cesarean delivery or to be undecided ($p < 0.05$).

In the second interview, 90% of 201 pregnant women reported that they wanted to give birth with NVD and 8.5% expressed their intention to give birth by cesarean section and 1.5% were undecided. However, the actual cesarean section rate for this 201 pregnant woman was 44.3%. Although there was no statistically significant difference between the preferred types of delivery in the first and second interviews, a significant difference was found between the two interviews and the actual type of delivery. Also no significant difference was found between the preferred type of delivery in the second interview and the type of delivery recommended by the physicians who performed the follow-ups of the pregnant women.

CONCLUSION: Although the caesarean preference rate was 5.6% in the first interview and 8.5% in the second interview and the recommendations of the doctors were close to these rates, the rate of the cesarean sections performed was as high as 44.3%. Despite the fact that the study can't be generalized to the population, we think that it is necessary to investigate the causes of this change in the percentage. Various hypotheses can be developed, but doing qualitative research together with the other relevant parties (health care managers, obstetricians and gynecologists, midwives, prospective parents) will make a significant contribution to this area.

Keywords: Cesarean Section, Nulliparity, Vaginal birth

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bundan iki asır öncesine kadar kadınların nasıl doğum yapacağına karar vermesi gerekmiyordu. Doğum, kadını destekleyen anne, eş gibi yakınlarla beraber, kendi doğurganlığını tamamlamış, deneyim ve gözlemleriyle doğum yapma yöntemlerini bilen ebeler tarafından evde vajinal yolla yaptırılırdı (Vural ve Erenel, 2017). Doğum, kadının çaba ve başarısını ortaya koyduğu, annelik rolünü gerçekleştirdiği bir eylem olarak görülmekteydi ve kadın bedeniyle ilgili olumlu inançlar ön plandaydı. Forsepsin keşfedilerek zor doğumlara müdahale edilmesi, kloroform kullanılarak doğum ağrısının azaltılması sonucunda doğum evlerden hastanelere kaymaya başlamıştır (Thomasson and Treber, 2004; Cahill, 2001).

Sezaryen ise antik çağlarda ve orta çağda, annenin ölmesine kesin gözüyle bakılan durumlarda ve annenin doğum sırasında ölmesi halinde bebeği kurtarmak için yapılan bir operasyondur. 17. yüzyıl sonlarına kadar sezaryen anne için daima ölümcül seyretmekteydi ve 1870'li yıllarda sezaryene bağlı anne ölümü %75 civarındaydı (Sewell, 1993). Bin sekiz yüzlü yılların sonlarına gelindiğinde cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotiklerin bulunması, modern kan transfüzyonu ve anestezinin güvenli bir şekilde kullanılması ile bir yandan anne ve bebek ölümleri azalmaya başlamışken; öbür yandan aşırı ve gereksiz tıbbi müdahaleler meşrulaşmaya ve doğum olduğundan daha riskli bir süreç olarak yeniden tanımlanmaya başlamıştır (Sewell, 1993; Cahill, 2001; Thomasson and Treber, 2004).

Kadın hayatının normal evreleri olan hamilelik ve doğum ile bu evrelerde ortaya çıkan gelişme ve değişimlerin riskli olarak kabul edilmesi, yaşamın olağan sürecinde yer alan ve kadınların kendi başlarına ya da çevresinin yardımıyla başa çıkabildiği bu süreci tıbbileştirmiştir (Kurtdaş, 2017). Doğumun tıbbileştirilmesi, doğumun evlerden hastanelere kaymasını hızlandırmıştır. Amerika'da 1938 yılında doğumların

yaklaşık yarısı hastanede gerçekleşirken, yirmi yıl sonra bu oran yüzde yüze yakındı (Sewell, 1993). Doğumların hastanede gerçekleşmesi, doğum sürecinde doktorların daha fazla yer almasına yol açmıştır. Doğumun normal gidişatını takip etmek için yeterli zamanı olmayan doktorlar; doğum sürecindeki anneye mümkün olduğunca kısa sürede, güvenli bir doğum ortamı sağlamak için, oksitosin, monitör, ultrason, amniotomi, epizyotomi gibi uygulamalarla doğumu aktif olarak yönetmeye başlamıştır (Thomasson and Treber, 2004).

Artan tıbbi teknoloji kullanımı, yardımcı üreme teknikleri ile gerçekleşen gebelikler, malpraktis davaları kadın doğum uzmanlarının vajinal doğumu anne ve fetus için daha riskli görmesine ve bu risklerden kaçınmak için “güvenli bir seçenek” olduğuna inandığı sezaryen doğuma yönelmesine neden olmuştur (Panda et al., 2018). Sağlığın özelleştirilmesi ve piyasalaştırılmasının getirdiği güvensizlik ve kışkırttığı talep de doğumun medikalizasyonunun ve sezaryen oranlarının artmasında rol oynamıştır (Aksakoğlu, 2003; Arrieta, 2011). Bir dönem medyanın vajinal doğumu tabiatı gereği riskli, öngörülemeyen, komplikasyonlarla dolu ve kadın bedenini yetersiz ve güvenilmez olarak tasvir etmesi doğumun tıbbileşmesine katkı sağlayan bir diğer faktördür (Morris and Mcinerney, 2010). Bu bağlamda, güvenli bir hamilelik süreci geçirmek ve güvenli doğum yapmak isteyen kadınlar, mümkün olan en güncel teknolojileri kullanmak ve böylece kontrolü ellerinde hissetmek istemektedir. Kadınlar doğumun tıbbileşmesini, bedenleri üzerindeki kontrolün kaybı olarak değil, doğum eylemi üzerinde daha fazla kontrol, söz sahibi olma ve güçlenme şeklinde algılamaktadırlar (Cindoglu ve SayanCengiz, 2010). Böylece cerrahi bir girişim olan ve tıbbi gerekçelere dayandırılarak yapılması gereken sezaryen operasyonu, vajinal doğumun alternatifini olarak görülmeye başlanmıştır. Sezaryen operasyonunun bir doğum şekli olarak kabul görmesiyle gebe kadının karar vermesi gereken en önemli konulardan biri hangi doğum şeklini tercih edeceği olmuştur.

Kadının doğum şekli tercihinde kültürel inançlar, kişisel özellikler, sosyal faktörler, doğum şeklinin risk ve faydaları hakkındaki bilgi birikimi, doğumdan beklentiler gibi birçok faktör etkilidir (Liu et al., 2013). İlk doğumunu yapacak kadınların doğumdan beklentileri net değildir ve doğum şeklinin risk ve faydaları ile ilgili bilgiye ihtiyaç duyarlar (Saymer ve Özerdoğan, 2014). Edindikleri bilgiler kadınların doğum hakkındaki tutumlarını şekillendirir; farklı bilgiler alan kadınlar farklı tutumlar

geliştirebilir (Bonanno, 2002). Nullipar gebelere hangi bilgilerin nerede, nasıl ve kim tarafından verildiği ve bu bilgilerin kadınların doğum şekilleri hakkındaki inanç ve tutumlarını nasıl etkileyeceği önemlidir.

Kadınlar doğum hakkındaki bilgilere kitaplar, medya, aile, sağlık personeli ile daha önce doğum yapmış akraba ve arkadaşlar gibi farklı kaynaklardan ulaşabilirler (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Kanada'da yapılan bir çalışma sadece medya aracılığıyla doğum ile ilgili bilgi alan öğrencilerin en yüksek doğum korkusu puanlarına ve diğer kaynaklardan bilgi edinenlere göre iki kat daha fazla sezaryen doğum tercihinine sahip olduğunu göstermiştir (Stoll *et al.*, 2014). Anne, kadın akraba ve arkadaşların zorlu ve karmaşık normal doğum deneyimlerini bilmek, ilk kez doğum yapacak kadınlarda endikasyon olmaksızın sezaryen isteğini artırır (Wiklund *et al.*, 2007). Kanada'da 1318 düşük riskli gebe ile yapılan bir çalışmada da kadın doğum uzmanı tarafında takip edilen kadınların doğumun medikalizasyonuna daha elverişli olduğu ve doğumda kendi rollerini daha az takdir ettikleri görülmüştür. Buna karşılık ebeler tarafından takip edilen kadınlar, doğum sürecinde kendi rollerini daha önemli bulmuş ve doğumun medikalizasyonuna dair daha çok olumsuz görüş bildirmişlerdir (Klein *et al.*, 2011). Bunu kadınların tutumlarının, aldıkları bilgilerden etkilendiği şeklinde yorumlayabiliriz.

İlk gebeliğini yaşayan kadınlar arasında yapılan çalışmalar, vajinal doğum tercih edenlerin çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Tıbbi bir endikasyon olmadan sezaryen doğum tercihinin inceleyen sistematik bir derlemede, endikasyon yokluğunda sezaryen talebinde bulunan nullipar kadınların oranı %9,3 idi (Mazzoniet *al.*, 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilk doğumunu yapacak kadınlar arasında vajinal doğum tercih etme oranları %93,2, %86,2 gibi yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Yüksel ve ark., 2016). Başka bir araştırmada nullipar kadınlarda tıbbi gerekçe olmadan sezaryen doğum tercih etme sıklığı %13 bulunmuştur (Çakmak ve ark., 2014). Tezat olarak Sağlık istatistikleri yaylığı 2017 haber bülteninde sezaryen doğumların yarısının primer sezaryen olduğu görülmektedir. Dünya sağlık örgütünün 21 ülkede farklı zamanlarda yaptığı iki araştırmanın ikincil bir analizinde çok gelişmiş, gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde genel sezaryen oranlarındaki artışa en fazla katkıda bulunan grubun nullipar gebeler olduğu görülmüştür (Vogel *et al.*, 2015). Nullipar gebelerin vajinal

doğumu tercih etmesindeki en önemli nedenler daha erken iyileşme, eve daha çabuk dönme, doğum sonu dönemin daha ağrısız olması, emzirmeye hemen başlama iken normal doğum korkusu ilk gebelikte sezaryen tercihinin başlıca yordayıcısıdır (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Yüksel ve ark., 2016).

Bu araştırmada üçüncü basamak bir hastaneye başvuran nullipar gebelerin 1) doğum şekilleri hakkındaki bilgi ve tutumlarının tercih ettikleri doğum şekline etkisini, 2) gebeliğın ilerlemesi ile tercih edilen doğum şeklinin değişip değişmediğini ve 3) tercih edilen doğum şekilleriyle gerçekleşen doğum şekilleri arasında fark olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.NORMAL DOĞUM

Her yıl küresel olarak gerçekleşen yaklaşık 140 milyon doğumun büyük çoğunluğu, başlangıçta ve doğum sırasında kendileri veya bebekleri için komplikasyon riski olmayan sağlıklı kadınlar arasındadır ve fizyolojik bir süreçtir (World Health Organization, WHO 2018). Doğumun fizyolojik süreci, miadına ulaşmış fetüsün; kendiliğinden başlayan uterus kasılmalarıyla, doğum kanalından geçerek, vajinal yolla doğması ile sonlanır. Normal doğum eyleminde termde, tek ve canlı fetüs vardır, uterus kasılmaları kendiliğinden başlar ve kasılmaların sıklığı, süresi ve şiddeti doğum eylemi ilerledikçe artar. Fetüs forseps, vakum gibi herhangi bir enstrüman kullanımına gerek kalmadan doğar. Annenin ve fetüsün hayati bulguları normal ve sağlıklıdır (Cunningham et al., 2018).

Çok eski zamanlardan beri gebe kadının son adet tarihinden yaklaşık olarak 280 gün sonra doğum eyleminin başlamasının nedeni bilimsel bir merak konusu olmuştur. Günümüzde, gebe kadının üreme sisteminde gebeliğin başından beri doğuma yönelik bir fiziksel hazırlık olduğu bilinmektedir. Gebeliğin erken haftalarında uterusun kas tabakası doğum eylemi sırasındaki şiddetli kasılmalara hazırlanırken, serviks ise bağ dokusunda erken haftalardan itibaren başlayan değişiklikler sayesinde olgunlaşmaya başlar. Bu sessiz hazırlığın ardından doğum eyleminin başlamasını açıklamak üzere ortaya atılan üç çağdaş teori vardır. Bu teoriler kısaca; gebeliğin devamında rol oynayan faktörlerin ortadan kalkması, doğumu uyaran faktörlerin sentezi, olgun fetüsün doğumun başlamasına ilişkin ilk sinyali göndermesi olarak açıklanabilir. Günümüzde üç teorinin de doğum eyleminin başlamasına katkısı olduğu düşünülmekle beraber doğum eyleminin başlangıcı; uterus ve servikste ki biyokimyasal değişikliklerin pik noktasını temsil eder (Cunningham et al., 2018).

Normal doğum eyleminin, uterus kasılmaları, fetüs ve ekleri, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum yolu olmak üzere üç önemli bileşeni vardır. Doğumun motor bileşeni olan uterus kasılmaları eylemin başlangıcında daha uzun aralıklarla ve daha kısa sürerken; eylem ilerledikçe sıklaşır, şiddetlenir ve daha uzun sürer. Eylem ilerledikçe uterusun üst kısmı kısalıp kalınlaşarak, fetüsü aşağı doğru daha güçlü iterken, alt kısmı ise incelererek geçecek olan fetusa yol verir. Doğumun diğer bir önemli bileşeni olan fetüs ve ekleri ise eylem sırasında aşağı doğru hareket ederek vajinal yolla dışarı çıkar. Normal doğumda fetüsün ekseni uterusun eksenine paralel, fleksiyon pozisyonunda ve baş gelişir. Doğum yolunu oluşturan kemik pelvisin ölçüleri, tipi ile serviksin açılma ve silinme kabiliyeti önemlidir (Cunningham et al., 2018). Bu üç bileşene ek olarak kadının doğum sırasındaki fiziksel kuvveti ve duygusal durumu da eylemin sürecini etkiler.

2.1.1. Normal Doğumun Tarihsel Süreci

19. yüzyılın sonlarına kadar doğum, kadının ailesi ve arkadaşlarıyla paylaştığı sosyal ve duygusal bir yaşam olayıydı ve normal bir süreçti. Ancak anne ve bebek ölümleri fazlaydı. 20. yüzyılın başlarında tıptaki gelişmeler, mevcut tıbbi durumları nedeniyle gebelikleri riskli geçen veya gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlarla gebelikleri yüksek riskli olan kadınlar için doğumu daha güvenli hale getirmiştir (Zwelling, 2008). Bununla beraber doğumun fizyolojik süreci; kadın ve bebek için sonuçları iyileştirmek amacıyla eylemi başlatmak, hızlandırmak, sonlandırmak, düzenlemek veya izlemek için artan müdahalelere maruz kalmıştır (WHO, 2018).

Geçen yüzyıldan beri bu müdahaleler başlangıçta ve doğum sırasında kendileri veya bebekleri için komplikasyon riski olmayan sağlıklı kadınlar için bile rutin hale gelmeye başlamıştır. Günümüzde hastanede doğum yapacak herhangi bir riski olmayan kadınlar için dahi standart bir yolak vardır. Gebe hastaneye girdikten sonra; tekerlekli sandalye ile hazırlık odasına alınır, hastane elbisesi giymesi istenir. Kadının yeme, içme ve hareketi kısıtlanır veya tamamen yasaktır. Kasılmaların ve bebeğin kalp atışlarının izlenmesi için fetal monitöre bağlanan kadın, eline veya koluna açılan damar yolu ile tamamen yatağa bağlanır. Bebeğin iniş derecesini kontrol etmek için sık vajinal muayeneler yapılır. Çoğu zaman doğumun indüksiyonu ve epizyotomi de bu müdahalelere eşlik eder (Jansen et al., 2013). Oysa bu

müdahalelerin sağlıklı kadınlar için doğumları daha güvenli hale getirdiğini destekleyen bilimsel kanıt yoktur. Doğum sırasında kendileri ve bebekleri için komplikasyon riski olmayan sağlıklı kadınlar için tıbbi teknolojinin rutin kullanımının ve net bir tıbbi gerekçe olmadan müdahalelerin rutin kullanımının anne ve yenidoğan komplikasyonlarına, sezaryen oranlarına hatta anne ölümlerine katkıda bulunduğunu gösteren kanıtlar artmaktadır (Goer et al., 2007).

1960'lara gelindiğinde ise kadın vücudunun tıbbi müdahaleler olmadan doğum yapma yeteneğine sahip olduğu, doğum sancularını hafifletmek ve başa çıkabilmek için ilaç dışı yöntemler kullanılabilirdi fikri yeniden popüler olmaya başlamıştır. Popüler olmaya başlayan modern “doğal doğum” fikri biyomedikal doğum uygulamalarının doğum için tek seçenek olmadığını vurgulamaktadır (Mazar, 2018). Hatta bazı gelişmiş ülkeler düşük riskli kadınların evde doğum yapmalarının anne ve bebek morbidite ve mortalitesinde, hastaneye göre artmış bir risk olmadığı; kadına daha az müdahale ve daha fazla rahatlık sağladığını bildirmiştir. Bununla beraber yeterli ve hızlı bir sevk sisteminin önemi vurgulanmıştır (Liebrich et al., 1996). 1990'lı yıllarda doğumu normalleştirme ve emzirme oranlarını artırma çabası ulusal ve uluslararası düzeyde hızlanmaya başlamıştır. 1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), DSÖ Bebek Dostu Hastane Programının ve “10 Adımda Başarılı Emzirme” politikasının temellerini attı. Ülkemizde de 1991 yılından itibaren uygulanmaya başlayan girişimin amacı emzirmeyi destekleyen bir sağlık bakım ortamı oluşturarak her bebeğin yaşama en iyi şekilde başlamasını sağlamaktır. 1997 yılında ise DSÖ tarafından “Normal Doğumda Bakım: Pratik bir Rehber” adıyla bir kılavuz yayımlandı. Aynı yıllarda benzer süreçler ABD’de de yaşanmaktaydı ve Anelik Hizmetleri Geliştirme Komisyonu kurularak, iki yıl süren toplantılar sonrasında “Anne Dostu Doğum Girişimi” içerisinde kadın doğum uzmanları, hemşireler, ebeler, emzirme danışmanları ve birçok başka paydaşın bulunduğu ilk konsensüs beyanı oldu. Büyük destek gören bu girişim hastane, doğum merkezi ve evde doğum servislerinin anne dostu bakım sağlamalarına yardımcı olmak için “Anne Dostu Doğum Girişiminde 10 Adım” programını başlatmıştır (Lothian, 2007). Türkiye’de de bu programı uygulamak için çalışmalar 2010 yılında başlamış; ülke ihtiyaçları göz önüne alınarak oluşturulan Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri temel alınarak 2015 yılında

programın pilot uygulaması yapılmıştır (Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, TAÇESE 2018). Normal doğumu teşvik etmek için sarf edilen küresel çabanın bir parçası olan Anne Dostu Doğum Girişiminin 10 adımı kısaca şöyle özetlenebilir:

1. Doğum yapacak tüm kadınlar için; sorumlu, nitelikli ve profesyonel bir ebelik bakımına erişimin yanında; eş, çocuklar, aile üyeleri, yakın arkadaşlar gibi kadının seçtiği refakatçilere sınırsız erişim
2. Doğum bakımına ilişkin uygulamalar, girişimler ve sonuçları da dahil olmak üzere kuruma ait istatistiki bilgileri doğru ve anlaşılır bir biçimde kamu ile paylaşmak
3. Annenin etnik kökenine, inanış, değer ve kültürüne uygun bakım sağlamak
4. Herhangi bir komplikasyon olmadığı sürece kadına hareket özgürlüğü ve istediği doğum pozisyonunu seçme imkanı tanımak
5. Kadının sağlık kuruluşları arasındaki transferini iş birliği içinde eksiksiz gerçekleştirmek ve anne ve bebeğin prenatal dönemden taburculuğa kadar kamunun tüm kaynaklarından yararlanmasını sağlamak için politika ve prosedürleri açıkça tanımlamak
6. Bilimsel kanıt ile desteklenmeyen prosedürleri rutin olarak uygulamamak.
7. Sağlık personelinin ilaç dışı ağrı kesici yöntemler konusunda eğitmek ve özellikle bir komplikasyonu düzeltmek için gerekli değilse ağrı kesici ve anestezi kullanımı desteklememek
8. Prematüre ve konjenital rahatsızlıkları olan yeni doğanlar da dahil olmak üzere tüm anne ve aileleri bebeklerine dokunma, kucaklama, emzirme ve bakım vermeye teşvik etmek
9. Yeni doğanın dini sebepler dışındaki sünnetini teşvik etmemek
10. Bebek dostu uygulamayı benimseyerek, uymak ve başarılı emzirmeyi desteklemek (Lothian, 2007).

2.1.2. Gebelerin Normal Doğum Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları

Dünyada ve ülkemizde çoğu kadın normal doğumun fizyolojik bir süreç olduğunun farkında olsa da sezaryen oranları artmakta ve anne isteğine bağlı elektif sezaryen doğumların bu artışa katkısı tartışılmaktadır (O'Donovan and O'Donovan, 2018). Bilinen bir gerçek varsa, o da günümüzde çoğu kadının doğum şekli konusunda söz sahibi olmak ve karar verme sürecine aktif olarak katılmak istediğidir (Vatansever ve Okumuş, 2013). Bunun yanı sıra kadınlar; doğum sürecinde tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulduğu zamanlarda da karar alma sürecine katılarak kişisel başarı ve kontrol hissine sahip olmayı arzulamaktadır (WHO, 2018). Kadınların doğum şekli ve doğum sürecindeki tıbbi müdahale kararlarına etkin olarak katılabilmesi için doğum hakkında kanıta dayalı, yeterli ve anlaşılabilir bilgiye sahip olmaları, doğum şekillerinin ve tıbbi müdahalelerin olası yarar ve zararlarını bilmeleri gerekir. Bu nedenle dünyada ve ülkemizde kadınların doğum şekilleri hakkındaki bilgi ve tutumları hakkında pek çok bilimsel araştırma yapılmış ve özellikle daha önce doğum deneyimi yaşamamış nullipar kadınların bilgi ve tutumlarının nasıl şekillendiği merak uyandırmıştır.

İran'da yapılan bir çalışmada kadınların normal vajinal doğum ve sezaryen hakkındaki bilgi düzeyleri ölçülmüştür. Katılanların elde edebileceği en yüksek bilgi puanınının 12 olduğu çalışmada kadınların %13,1'inin bilgi puanı sıfırken; %53,1'inin bilgi puanı 4'ün altındaydı ve sadece %18,2'si 8 ve üstü puanlara ulaşabilmişti. Normal doğum ve sezaryen hakkında daha fazla bilgiye sahip olan kadınların daha sıklıkla normal doğum seçtiği ve sezaryenin komplikasyonları ile ilgili yetersiz bilgiye sahip kadınların sezaryen tercih etmeye meyilli olduğu görülmüştür. Ayrıca sezaryen doğum tercih eden kadınların; kendilerinin, eşlerinin, ailelerinin, akranlarının ve kadın doğum uzmanlarının sezaryene karşı daha olumlu bir tutum sergiledikleri bulunmuştur (Maharlouei *et al.*, 2019).

Prenatal bakım almak için başvuran 204 kadın arasında yapılan başka bir çalışmada doğum şekilleri hakkındaki bilgi düzeyleri; kadınların sadece %7,5'inde iyi iken, üçte ikisinde kötüydü. Sezaryen sonrası ağrı ve morbiditeler ile ilgili ifadeler en yüksek doğru cevap yüzdesini alırken, sezaryen endikasyonları hakkındaki ifadeler en düşük doğru cevap oranını almışlardı. Bilgi düzeylerine göre tutumlar

karşılaştırıldığında ise orta ve iyi bilgiye sahip olanların kötü bilgiye sahip olanlara göre daha fazla sezaryene karşı olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür(Aali and Motamedi, 2005).

Nepal’de yapılan hastane tabanlı kesitsel bir çalışmada, 36 hafta ve üstü gebeliği olan kadınlara doğum şekillerinin endikasyonları, komplikasyonları ve olası yararları hakkındaki bilgilerini ölçmek için bir anket uygulanmıştır. İlk doğumunu yapacak olan kadınlar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla bilgi sahibidiler. Aynı çalışmada gebelerin vajinal doğuma yönelik tutumları da incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ilk defa doğum yapacak kadınların vajinal doğuma karşı daha fazla olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur. Ancak kadınların sezaryen doğuma karşı tutumları incelendiğinde ilk kez doğum yapacak kadınların istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile daha fazla olumlu tutum sergiledikleri ve bilgi düzeyi iyi olarak belirlenen grubun anlamlı bir şekilde sezaryen doğum için olumlu tutumları olduğu görülmüştür (Joshi et al., 2018).

Kanada’da nullipar gebelerle yapılan bir çalışmada kadınların doğumda kendi rolleri, epidural analjezi ve sezaryen hakkındaki tutumlarını ölçmek üzere hazırlanan ifadelerle katılıp katılmadıkları araştırılmıştır. Kadınların dörtte biri doğumun genelde tıbbi bir müdahale gerektirdiğini, kadınların üçte ikisi ise normal doğum yapmak için en önemli şeyin kadının doğum yapabileceğine olan özgüveni olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların yarısından fazlası normal doğum yapmanın sezaryenden daha güçlendirici bir deneyim olduğunu belirtirken, %48,9’u epidural analjezinin doğumun normal ilerleyişini bozacağını, %41,1’i forseps ve vakum kullanımını arttıracığını, %34,1’i epidural analjezinin rutin olarak tüm kadınlara önerilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Sezaryenin bebek için daha güvenli ve anne için daha konforlu olduğu ifadelerine gebelerin üçte ikisi katılmazken, sezaryenin vajinal doğumla karşılaştırıldığında gelecekteki cinsel problemleri ve üriner inkontinansı önlediğine dair ifadelerle sırasıyla gebelerin yalnızca %7,9’u ve 11,6’sı katıldıklarını belirtmiştir (Klein et al., 2011).

Türkiye’de nullipar gebelerin ve eşlerinin tercih ettikleri doğum şekli ve tercih nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada gebeler ve eşleri sırasıyla %90,8 ve %92 oranında normal doğumu tercih etmiştir. Tercih nedeni olarak en sık; doğal ve kadın

için daha sağlıklı olması, erken iyileşme ve taburculuk, bebek için daha sağlıklı olması, bebeği emzirmeye daha erken başlamayı belirtmişlerdir (Serçekuş ve ark., 2015)

2.2. SEZARYEN DOĞUM

“Uterusun ön yüzeyi, orta çizgisi boyunca uzunlamasına açılır. Bu en iyi, bir neşterle birkaç santimetre uzunluğunda bir kesi yapmak ve daha sonra makasla hızlı bir şekilde 16 veya 18 santimetreye genişletmek suretiyle gerçekleştirilir. Daha sonra membranlar yırtılır, çocuk bir ayakla tutulur ve hızlı bir şekilde çıkarılır.”

—J. Whitridge Williams (1903)

Yukarıdaki tanımlamanın üstünden geçen bir asrın sonunda sezaryen tekniği oldukça gelişmiştir. Cilt ve uterus kesilerinde ortaya çıkan farklı yöntemlerin yanı sıra uterus onarımında da farklı teknikler kullanılmaya başlandı. Bununla beraber; temel anlamda sezaryen ameliyatının mantığı ve yapılış amacı ilk uygulanmaya başladığı zamanlardan beri benzerdir.

Teknik olarak sezaryen doğum; 500 gr. ve daha ağır fetüsün; karın ve rahim duvarındaki kesiler yoluyla doğurtulması olarak tanımlanır. Plasenta ve membranlar da karın ve rahim duvarındaki kesiler yoluyla doğurtulur (Cunningham et al., 2018). Tıbbi ve etik olarak sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanır.

2.2.1. Sezaryen Doğumun Tarihçesi

Sezaryen, antik çağlardan beri insan kültürünün bir parçası olmuştur ve antik Hindu, Mısır, Çin, Grek, Roma ve diğer Avrupa halkbilimlerinde canlı anne ve bebeklerle sonuçlandığına dair hikayeler vardır. Ancak; sezaryenin bu erken tarihçesinin doğruluğu şüphelidir ve bir mit olarak anlatılmaktadır. Benzer şekilde; sezaryen operasyonunun ismini Julius Caesar'ın cerrahi doğumundan aldığı fikri de annesi

Aurelia'nın oğlunun Britanya'yı işgal ettiğini duyduğu bilindiğinden kabul görmemiştir. Çünkü; o tarihte sezaryen sadece ölmesine kesin gözle bakılan ya da ölmüş kadınlardan fetüsün canlı olarak çıkarılması amacıyla yapılmaktaydı. Latince'de kesmek anlamına gelen “caedere” fiilinin, operasyonun isminin kökeni olduğu da ileri sürülmüştür. Sonuçta, sezaryen teriminin nerden veya ne zaman türetildiğinden emin olamayız (Sewell, 1993).

Tarihsel gelişimi sırasında sezaryen farklı zamanlarda, farklı insanlara, farklı şeyler ifade ediyordu. İlk zamanlarda sezaryen için amaç hemen her zaman ölü veya ölmekte olan bir kadından fetüsü canlı ya da ölü olarak çıkarabilmektaydı. Dini nedenlerle bebeğin ölü olarak çıkarılması için bile uygulanırken; canlı kadına nadiren uygulanmıştır. Sezaryen tekniklerinin ve sonuçlarının hızlıca gelişmeye başladığı 19. Yüzyıldan önce; orta çağda, anne ve bebeğin yaşadığı sezaryen doğumlara ilişkin nadir raporlar işlemin başarıyla sonuçlandırılabilmesine dair umutların sürdürülmesine katkıda bulunmuştur.

Anestezi, antisepsi ve asepsi gibi kavramlar geliştikten sonra; sezaryenin gelişimine en büyük katkıyı uterus kesisinin dikilmesini savunan Max Sänger, 1882 yılında yapmıştır. Daha öncesinde, uterus kaslarının kendiliğinden büzüşüp, kapanacağı ve çıkarılamayan iç dikişlerin enfeksiyona yol açacağı düşüncesiyle, uterusu herhangi bir işlem uygulanmamaktaydı. Bu da kadınların enfeksiyondan çok kanamadan ölmesine neden olmaktadır. Max'ten altı yıl önce İtalyan Profesör Eduardo Porro, uterus kanamasını kontrol altına almak ve sistemik enfeksiyonu önlemek için sezaryenlerle birlikte histerektomiye savundu. Bu uygulama sepsis ve kanamadan ölümleri azaltsa da yol açtığı kısırlık nedeniyle uterus dikişlerinin kullanımından kısa süre sonra terkedildi. Cerrahların prosedürlerinin sonucuna olan güvenleri arttıkça, dikkatlerini uterusun nereden kesileceği dahil diğer konulara yönelttiler. 1880 ve 1926 yılları arasında, kadın doğum uzmanları uterus kesileri ile ilgili deneyler yaptılar. 1912'de Krönig uterus alt segmentinde vertikalinsizyon ile transperitoneal yaklaşımı ve 1926'da Kerr yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu önermiştir. Kerr'in tariflediği bu teknik enfeksiyon ve uterus rüptürü gibi komplikasyonları azaltması nedeniyle bugün hala en sık uygulanan sezaryen tipidir (Sewell, 1993, TAÇESE, 2017).

2.2.2 Dünyada Ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Sıklıkları

DSÖ’nün ideal sezaryen oranını %10-15 olarak açıkladığı 1985 yılının üzerinden geçen 30 yılda sezaryen oranları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artmıştır. 1990 yılında %6,7 olan küresel sezaryen doğum oranı; 2000 yılında %12,1 (%95 GA: 10,9-13,3), 2014 yılında %19,1, 2015 yılında %21,1 (%95 GA: 19,9-22,4) olarak hesaplanmıştır (Vogel *et al.*, 2015, Boerma *et al.*, 2018). Küresel sezaryen doğum oranının 2000-2015 yılları arasında, yıllık ortalama artış oranı %3,7 olmuştur. Sezaryen oranlarındaki bu hızlı artışın yanı sıra; artışın orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki tıbbi olarak gereksiz sezaryen doğumlardaki büyük artışlardan kaynaklanması endişe vericidir. Buna karşılık hala birçok düşük gelirli ülkede tıbbi gereklilik halinde bile kadınların sezaryen doğuma erişimi olmadığı gözlenmektedir. Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerde; gelir dağılımından kaynaklanan eşitsizlikler de göze çarpmakta, en yoksul ve en zengin kesimin sezaryen doğum oranları arasında büyük farklılıklar gözlenmektedir (Boerma *et al.*, 2018).

2015 yılında sezaryen oranları dokuz bölge arasında, batı ve orta Afrika bölgesindeki %4,1’den (%95 GA: 3,6-6), Latin Amerika ve Karayipler bölgesindeki %44,3’e (%95 GA: 41,3-47,4) kadar büyük değişkenlikler göstermiştir. 2000-2015 yılları arasında sezaryen kullanımı tüm bölgelerde artmıştır. Bu artışın en hızlı olduğu bölgeler olan Güney Asya ile Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgelerinde sırasıyla %6,1 ve %5,5 yıllık ortalama artış oranı gözlenmiştir. Batı ve Orta Afrika ile Doğu ve Güney Afrika’da ise en yavaş sezaryen yıllık artış oranları (sırasıyla %2,1 ve %2) gözlenmiştir ve bu bölgelerde 2015 yılında sezaryen oranı %10’un altındaydı. Doğumların %95’inden fazlasının sağlık kurumlarında gerçekleştiği 85 ülke arasından sadece Türkmenistan ve Kırgızistan %10’un altında sezaryen hızlarına (sırasıyla %6,3 ve 9,4) sahipken, Dominik Cumhuriyeti ve Brezilya en yüksek sezaryen hızlarına (sırasıyla %56 ve %59,3) sahipti. Doğumların %80-94’ünün hastanelerde yapıldığı 32 ülke arasından 10 ülkede sezaryen oranı %10’un altındayken, Mısır %63 ile en yüksek sezaryen oranına sahipti. Doğumların %60’ından azının sağlık kuruluşlarında gerçekleştiği 24 ülkenin 17’sinde sezaryen oranı %10’un altındayken, Myanmar ve Bangladeş en yüksek sezaryen oranlarına (sırasıyla %46,3 ve %65,2) sahipti (Boerma *et al.*, 2018).

Bazı orta ve düşük gelirli ülkelerin sezaryen oranlarının ideal olarak kabul edilen %10 oranının altında olmasının yanı sıra; orta ve düşük gelirli 82 ülkenin sezaryen oranı ve gelir dağılımı verileri kullanılarak yapılan bir sınıflandırma da en fakir %20'lik dilimde yer alan kişilerin sezaryen oranı %4,1, ikinci dilimde yer alanların %6,9, üçüncü dilimde yer alanların %9,4, dördüncü dilimde yer alanların %11,9, en zengin %20'lik dilimde yer alanların ise %19,1'di. Bu veriler sezaryenda yaşanan ülkeler arası eşitsizliğin yanı sıra ülke içindeki eşitsizlikleri açıkça gözler önüne sermektedir (Boerma *et al.*, 2018).

Birleşmiş milletler coğrafi gruplamasına göre 121 ülkenin 1990-2014 yılları arasındaki sezaryen oranları incelendiğinde Afrika bölgesinde ülke düzeyinde en büyük artış Tunus, Fas ve Mısır'da yaşanmıştır. Mısırdaki 24 yıllık periyotta sezaryen oranları %4,6'dan %51,8'e yükselmiş; üç ülke %11,6'lık yıllık ortalama artış oranı ile dünyadaki en yüksek yıllık ortalama artış oranına sahip olmuştur. Asya bölgesinde, Türkiye, Gürcistan ve Çin sırasıyla %39,5, %32,9 ve %31,8'lik mutlak artışa ve %10'un üstünde yıllık ortalama artışa sahiptir. Avrupa bölgesinde en büyük mutlak artışa sahip ülke Romanya (%7,2'den %36,3'e) iken; Latin Amerika'da Dominik Cumhuriyeti, Meksika ve Kolombiya en yüksek mutlak artışa sahiptir.

Spektrumun diğer tarafında ise Zambiya (%2,6'dan%3'e), Nijer (%0,9'dan%1,4'e) ve Burkina Faso (%1,3'dan%1,9'a) sezaryen oranlarında küçük mutlak artışa sahip ülkelerdi. Asya bölgesinde Kamboçya, Tacikistan ve Yemen (sırasıyla 2,2, 2,7 ve 3,1 puan) en düşük mutlak artışa sahip ülkelerdi. Avrupa'da ise Finlandiya 2 puan, Norveç ve İzlanda ise 4,5 puanlık mutlak artış ile en düşük artışa sahip ülkeler olmuştur. Latin Amerika ve Karayiplerde Kosta Rika ve Haiti %4'ün altındaki mutlak sezaryen oranı artışına sahiptir. Dünya genelinde ise Finlandiya ve Kosta Rika %0,4 ile en düşük yıllık ortalama artış oranına sahip ülkelerdi; onları Zambiya (%1), Norveç (%1,6) ve İzlanda (%1,7) izledi (Betrán *et al.*, 2016) , (Tablo.1).

Tablo.1. Birleşmiş Milletler Coğrafi Gruplamasına Göre 121 Ülkenin 1990-2014 Yılları Arasındaki Sezaryen Oranları

Bölge / alt bölge ^b (kapsama alanı,%)	Orandaki değişim (en erken ve en son oranlar,%)	Mutlak artış (%)	AARI ^c (yıllık%)
Afrika (81.8)	2 . 9–7 . 4	4 . 5	4 . 0
Doğu Afrika (96.3)	2,3-3,9	1.6	2.2
Orta Afrika ^d	-	-	-
Kuzey Afrika (97.3)	4,5-27,8	23.3	7.9
Güney Afrika ^d	-	-	-
Batı afrika	2,6-3,1	0.5	0.7
Asya (93.1)	4 . 4-19 . 5	15 . 1	6 . 4
Doğu Asya (97.8)	4,9-35,2	30,3	8.5
Güney-orta Asya (96.4)	4-11,4	7.4	4.4
Güneydoğu Asya (84.0)	4,1-15	10.9	5.5
Batı Asya (68.9)	6,3-28,1	21.8	6.4
Avrupa (98.1)	11.2–25 . 0	13 . 8	3 . 4
Doğu Avrupa (100)	7,8-23,7	15.9	4.7
Kuzey Avrupa (100)	11,1-22,4	11.3	3
Güney Avrupa (90.3)	16,3-31,1	14.8	2.7
Batı Avrupa (100)	14,8-24,5	9.7	2.1
Latin Amerika ve Karayipler (84 . 3)	22 . 8–42 . 2	19 . 4	2 . 6
Karayipler (67.5)	9,9-28,5	18.6	4.5
Orta Amerika (97.9)	14,8-38,4	23.6	4.1
Güney Amerika (79.4)	28,4-45,8	17.4	2
Kuzey Amerika (100)	22 . 3-32 . 3	10	1 . 6
Okyanusya (56 . 6)	18 . 5-32 . 6	14 . 1	2 . 4
Avustralya / Yeni Zelanda (100)	18,5-32,6	14.1	2.4
Dünya toplamı ^b (90)	6 . 7-19 . 1	12 . 4	4 . 4
En az gelişmiş bölgeler (74.5)	1 . 9–6 . 1	4.2	5
Daha az gelişmiş bölgeler (93)	6 . 3-20 . 9	14.6	5.1
Daha gelişmiş bölgeler (98.9)	14 . 5-27 . 2	12.7	2.6

Tablo aşağıdaki kaynaktan aynen alınmıştır.

Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One. 11(2)

DSÖ'nün Küresel Anne ve Perinatal Sağlık Araştırması'na (WHOGS; 2004–08) ve DSÖ Çok Ülkeli Anne ve Yenidoğan Sağlığı Araştırması'na (WHOMCS; 2010–11) dahil olan 21 ülkedeki doğumları Robson sınıflamasına göre inceleyen bir araştırmada yüksek/çok yüksek, orta, düşük insani gelişim indeksli ülkelerin hepsinde nullipar kadınların toplam sezaryen oranına en büyük katkıyı yaptığını bulmuştur. Daha önce sezaryen geçiren kadınlar sezaryenle doğumların dörtte birini oluştururken, nullipar kadınlar üçte birinden sorumluydu. Uluslararası sağlık örgütlerinin tüm çabalarına rağmen nullipar gebelerin sezaryen oranlarına yaptığı geniş katkı endişe vericidir (Vogel *et al.*, 2015).

Ülkemizde Türkiye sağlık istatistikleri yılına göre 2017 yılında sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %53,1 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye, 2015 yılındaki sezaryen oranları baz alınarak hazırlanan OECD raporunda, üye ülkeler arasında en yüksek sezaryen hızına sahip ülke olmuştur. Sezaryen doğum oranlarının yıllar içindeki değişimini beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verileri incelendiğinde 1993 yılında %7 olarak gerçekleşen sezaryen doğum oranı; 1998 yılında %14, 2003 yılında %21, 2008 yılında %37 ve 2013 yılında %48'lere yükselmiştir. Türkiye sağlık istatistikleri yılı 2014, 2015, 2016, 2017 verileri incelendiğinde sezaryen oranları sırasıyla %51, %53,1, %53,1 ve %53,1 olarak gerçekleşmiştir. Bu yıllarda primer sezaryen oranları ise %26, %27, %26,4 ve %25,7'dir. 2014 yılında Ege bölgesi sezaryen ve primer sezaryen doğum oranları en yüksek bölge iken; 2015, 2016 ve 2017 yıllarında sezaryen doğumlarda Akdeniz bölgesi, primer sezaryende ise Ege bölgesi en yüksek oranlara sahipti.

2.2.3 Gebelerin Sezaryen Doğum Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları

Son 30 yıldır giderek artan sezaryen oranları bilim dünyasının dikkatini çekmiş ve sezaryen oranlarını güvenli bir şekilde azaltmak uluslararası ve ulusal düzeyde bir öncelik haline gelmiştir. Artan sezaryen oranlarının klinik, sosyoekonomik, kültürel, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve gebe kadınlardan kaynaklanan nedenleri yoğun bir şekilde incelenmiştir ve yalnızca klinik faktörlerin gözlemlenen artışları açıklayamayacağı konusunda giderek artan bir fikir birliği vardır. Gebe kadınların önceki doğum deneyimleri, doğumdan beklentileri, eğitim düzeyleri ve doğum

şekilleri hakkında ki bilgi ve tutumlarının da artan sezaryen oranlarına katkı yaptığı bilinmektedir.

Singapur'da yapılan bir araştırma da katılımcıların sezaryen doğuma ilişkin bilgileri anket yoluyla ölçülmüştür. Kadınların %81,7'si sezaryen sonrası karın insizyon bölgesinde ağrı beklerken,%73,8'i yara enfeksiyonu olasılığının farkındaydı, ancak yalnızca%16'sı sezaryen doğumun pulmoner emboli riski ile taşıdığını bilmekteydi. Benzer şekilde çok az sayıda kadın (%18-28) sezaryen doğumun karın içi yapışıklıklar nedeniyle artmış barsak tıkanması riski, uterin skar rüptürü gibi uzun vadeli komplikasyonlarından haberdardı. Kadınların %60,4'ü doğum sancısı yaşamamak için, %57,9'u fetal sıkıntı ve acil sezaryen riskini en aza indirmek için, %47,6'sı vajinal yırtık ve epizyotomiden kaçınmak için, %43, 9'u beş saatten fazla süren doğum sancısının dayanılmaz olduğunu düşündüğü için, %41,5'i pelvik taban hasarı riskini azaltmak için, %24,4'ü cinsel işlevi korumak için, %23,2'si belirli bir doğum tarihi seçmek ve resmi tatillerden kaçınmak için seçmeli bir sezaryen doğumu seçebileceğini belirtmiştir (Chong and Mongelli, 2003).

Pekin'de yapılan bir çalışma da gebe kadınların doğum şekillerinin komplikasyonları hakkındaki bilgileri değerlendirildi. Kadınların tercih ettikleri doğum şekli ile sezaryen doğuma ait on, vajinal doğuma ait dört komplikasyon ifadesine katılma oranları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Vajinal doğumu tercih edenlerle karşılaştırıldığında, sezaryen doğum tercih edenler; ifade edilen sezaryen doğum komplikasyonlarına daha az katılmışlardır. Sezaryen doğumun komplikasyonlarına yönelik hastanede daha uzun kalış, genel anestezinin bebekte yol açabileceği sıkıntı, ıslak akciğer sendromu, sonraki gebelikte uterus rüptürü, kanama, yara enfeksiyonu, derin ven trombozu, pulmoner emboli, anestezi komplikasyonları ifadelerine, sezaryenle doğum yapmayı tercih eden gebeler istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha az katılmışlardır. Vajinal doğuma ait komplikasyon ifadelerinden müdahaleli doğum riski, fetal sıkıntı ve serebral palsi olasılığı, mesane yaralanması ve cinsel doyumda azalma önermelerine, sezaryen doğum tercih eden kadınların istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha fazla katıldığı görülmüştür (Zhang et al., 2017).

İran’da nullipar gebelerle yapılan bir çalışmada ise sezaryen doğum tercih eden grubun, vajinal doğum tercih eden gruba göre daha fazla doğum bilgisine sahip olduğu bulunmuştur. Sezaryen doğum planlayan kadınların, vajinal doğum tercih edenlere göre kendilerini sezaryene bağlı yan etkiler için daha az riskli görmeleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha olasıydı. Kadının vajinal doğum yapabileceğine olan inancını değerlendiren öz yeterlilik açısından sezaryen ve normal doğum planlayan gruplar karşılaştırıldığında; sezaryen doğum planlayan gebelerin öz yeterliliği istatistiksel anlamlı bir biçimde daha düşüktü (Darsareh *et al.*, 2016).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada normal doğum planlayan kadınlardan, doğum şeklinin bebeğin sağlığını etkilediğini düşünenlerin %97,9’u normal doğumun, %13,6’sı sezaryen doğumun çocuk sağlığını iyi yönde etkilediğini düşünmekteydi. Normal doğum planlayan kadınların, %96,2’si normal doğumun, %5,1’i sezaryen doğumun anne sağlığını iyi yönde etkilediğini düşünmekteydi. Sezaryen doğum planlayan gebe kadınların sırasıyla %50 ve %50,5’i, sezaryenin çocuk ve anne sağlığını iyi yönde etkilediğini; %72,9 ve %45,6’sı da normal doğumun çocuk ve anne sağlığını iyi yönde etkilediğini belirtmiştir (Özkan ve ark., 2013).

2.2.4 Sezaryen Doğumun Kadın Ve Çocuk Sağlığı Üzerindeki Kısa Ve Uzun Dönem Etkileri

Sezaryen doğum, gebelik ve doğum sırasında spesifik komplikasyonlar ortaya çıktığında; ihtiyaç duyan tüm kadınlar için ulaşılabilir olması gereken hayat kurtarıcı bir müdahaledir. Bunun yanında sezaryen doğumun anne ve bebek için kısa ve uzun vadede bazı sağlık etkileri vardır.

Sezaryen doğuma atfedilen kesin riski bilmek zor olsa da yapılan bir sistematik derleme tekrarlayan elektif sezaryen doğumlarda anne ölümünün normal doğuma kıyasla arttığını öne sürmüştür (Fahmy *et al.*, 2018). Ayrıca sezaryen doğum sonrası hamileliklerde anne ölüm riski; uterus rüptürü, anormal plasenta yerleşimi gibi risklerin artması nedeniyle yüksektir (Sandall *et al.*, 2018). Geniş toplum tabanlı çalışmalarda Ağır Akut Maternal Morbidite riskinin planlı ya da acil sezaryen

doğumda; vajinal doğuma göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Pallasmaa et al., 2018).

Vajinal doğumun elektif sezaryen doğumla karşılaştırıldığında hastanede kalış süresi, kanamaya bağlı histerektomi ve kardiyak arrest riskini düşürdüğü birkaç çalışma ile gösterilmiştir ancak kanıt seviyesinin düşük olduğu özellikle vurgulanmıştır (National Institute of Health and Care Excellence, NICE 2011). Sezaryen doğumun uzun süreli sağlık etkileri arasında pelvik adezyonlar, ince bağırsak tıkanıklığı, menoraji, dismenore, kronik ağrı, cinsel işlev bozukluğu, kısırlık, idrar ve gaita inkontinansı ile pelvik organ prolapsusu bildirilmiştir. Bu sistemetik derlemede vajinal doğum ile elektif sezaryen arasında menoraji, dismenore, kronik ağrı ve fekal inkontinans arasında fark bulamamıştır (Keag et al., 2018).

Pelvik adezyon riski sezaryen doğum için düşük değildir ve sonraki sezaryen doğumlarda artar. Bağırsak tıkanıklığı riski adezyonlara göre düşüktür fakat risk benzer şekilde her sezaryende artmaktadır (Abenhaim et al., 2018). Sezaryen doğumu takip eden gebeliklerde; ölü doğum, erken doğum, histerektomi, anormal plasenta yerleşimi, uterin rüptür gibi komplikasyonların görülme riski artar (Marshall et al., 2011).

Sezaryen doğumların çocuk sağlığı üzerine erken etkileri; bağışıklık sistemi gelişiminde değişiklikler, alerji, atopi, astım ve bağırsak mikrobiyatasında azalmış çeşitlilik olarak sıralanabilir. Sezaryen doğumun çocuk sağlığına uzun vadeli etkileri daha az araştırılmış olup; sezaryeni obezite, metabolik sendrom, tip 1 diyabet, artmış kan basıncı, karaciğer fonksiyonlarında bozukluk, astım, otoimmün gastrointestinal hastalıkla ilişkilendiren bazı çalışmalar vardır (Sandall et al.,2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kampüsü'nde yapılmıştır. Riskli gebeliklerin takibi genel olarak Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nin Merkez Kampüsü'nde, diğer gebelikler ise Kadın Doğum Kampüsü'nde yapılmaktadır. Tüm gebeler poliklinik muayenesinden önce ön değerlendirme için gebe izlem odasına alınmaktadır. Gebelerle ilk görüşme gebe izlem odasında yapılmıştır.

Çalışma Ocak 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında yapılmış olup veriler, Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan alınan onayın ardından Mart 2018 – Kasım 2018 arasında toplanmıştır. Mart ve Nisan ayında gebelerle birinci görüşme yapıp daha sonraki aylarda ikinci ve üçüncü görüşmeler yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya 01.03.2018-30.04.2018 tarihleri arasında herhangi bir nedenle Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kampüsü gebe polikliniğine başvuran, daha önceden doğum yapmamış, kronik fiziksel ya da psikiyatrik bir hastalığı olmayan, 24 hafta ve altı gebelik haftasında olan, 18 yaş ve

üstü gebelerin tamamı alınmıştır. İlk görüşmede herhangi bir nedenden dolayı sezaryen endikasyonu olan gebeler de çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Gebelerin 24. hafta ve öncesi doğum şekli tercihi

Gebelerin 36. hafta ve sonrası doğum şekli tercihi

Gebelerin gerçekleşen doğum şekli

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş

En son bitirilen okul

Gelir algısı

Çalışma durumu

Kiminle yaşadığı

Gebeliğin istemli olup olmaması

Gebe kalmak için tedavi görüp görmediği

Düşük öyküsü

Bulunduğu trimester

Doktorun önerdiği doğum şekli

Gebelikle ilgili eğitim alıp almama

Sezaryen ve normal vajinal doğum ile ilgili bilgi ve tutumlar

Gebelikte önemli bir hastalık geçirip geçirmediği

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan 20 soruluk ilk görüşme, 4 soruluk ikinci görüşme ve 1 soruluk üçüncü görüşme formu aracılığıyla toplamıştır.

İlk veri toplama formunda, katılımcılara sosyodemografik özellikleri ile ilgili beş soru, şu anki gebeliği ve obstetrik öyküsü hakkında dört soru sorulmuştur. Ayrıca

doğum şekilleri hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla 5'li likert tipinde on önermeyi derecelendirmeleri istenmiştir. Ek olarak şu anki gebeliği için planladığı doğum yeri, tercih ettiği doğum şekli ve nedenleri, bu gebeliğinde doğum şekilleri ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim aldıysa kimden aldığı, en ideal doğum şekli, çevrede kötü doğum deneyimleri, doğum şekli için yönlendirme, doğum şekline kimin karar vermesi gerektiğine yönelik sorular da sorulmuştur. Tercih edilen doğum şeklinin nedeni açık uçlu olarak sorulmuştur.

İkinci veri toplama formunda ise doğum tercihi, doktorunun önerdiği doğum şekli, gebelikte önemli bir hastalık geçirip geçirmediği ve hastanenin gebe okulu eğitimlerine katılıp katılmadığı soruları yer alıyordu. Son veri toplama formunda ise sadece gerçekleşen doğum şekli yer aldı (EK 1).

3.5.2. Ön deneme

Anketin ön denemesi araştırma örnekleminde yer almayan 10 gebe ile yapılmıştır. Katılımcıların anketi doldurmaları ortalama 5 dakika sürmüştür. Ön deneme sonuçlarına göre anket sorularında bazı değişiklikler yapılarak son hali verilen anket uygulanmaya başlanmıştır.

3.5.3. Veri Toplama Yöntemi

Veriler Mart 2018 – Kasım 2018 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplandı. Katılımcılara araştırmanın şekli ve amacı açıklanarak sözlü izin alındıktan sonra yüz yüze anket tekniği uygulanarak ilk görüşmenin soru formu dolduruldu. Kadınlardan anket sonunda telefon numaraları alınarak gebeliğin ilerleyen haftalarında ve doğum sonrası tekrar telefonla aranacakları bilgisi verildi. Katılımcılar gebeliklerinin 36. haftasından itibaren verdikleri telefon numaralarından aynı hafta içinde üç kez arandı. Ulaşılan katılımcılar ile ikinci görüşmeler yapıldı. Doğum sonrası üçüncü görüşme de telefon ile yapılarak gerçekleşen doğum şekilleri öğrenildi.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak denetlenmiştir. Sürekli veriler ortalama ve standart sapma, kategorik

veriler ise sayı ve yüzde ile özetlendi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare Testi, Fisher'in Kesin Ki-kare Testi kullanılmıştır. Bağımlı niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Cochran Q Testi kullanılmıştır. Anlamlı fark gözlemlendiğinde ikili karşılaştırmalarda Mc Nemar testi kullanılmıştır.

Bağımlı değişken olan '*tercih edilen doğum şekli*' ile bağımsız değişkenler arasındaki olası nedensel ilişkinin değerlendirilmesinde çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

Araştırma süreci Tablo.2'de özetlenmiştir.

Tablo2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Konunun seçilmesi	Planlama ve izinler	Literatür tarama	Anket hazırlama	Ön deneme	Veri toplama	Veri analizi	Tez yazım ve sunumu
Ocak 2018	X	X	X	X				
Şubat 2018		X	X	X	X			
Mart 2018			X			X		
Nisan 2018			X			X		
Mayıs 2018			X			X		
Haziran 2018			X			X		
Temmuz 2018			X			X		
Ağustos 2018			X			X		
Eylül 2018			X			X		
Ekim 2018			X			X		
Kasım 2018			X			X		
Aralık 2018			X				X	X
Ocak 2019			X				X	X
Şubat 2019			X					X
Mart 2019								X

3.8. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Etik kurul onayı için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Araştırmaya Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulunun 23/02/2018 tarih ve 71522473/050.01.04/47 sayılı izni ile başlanmıştır (EK 2).

Kişilerin çeşitli sebeplerle yanlış/eksik cevap verme olasılığını en aza indirmek için bu çalışmanın neden yapıldığı, yapan ekibin kimlerden oluştuğu, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı bilgisi verilerle katılımcıların sözlü onamları alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmada olasılıklı örnekleme yöntemi kullanılmadığından sonuçlar tüm nullipar gebeleri kapsamamaktadır.

İkinci ve üçüncü görüşmeler için katılımcılar bir hafta içinde üç kez aranmıştır. Ulaşılamayan katılımcıların ilk görüşmedeki verileri araştırmaya dahil edilmiş olup ikinci ve üçüncü görüşmelere ait verileri toplanamamıştır.

Her ne kadar özel hastanelere başvuran gebeler çalışmaya dahil edilmemiş olsa da ilk görüşmeden sonra bazı gebeler özel hastanelerde takip edilmeyi ve doğum yapmayı tercih etmişlerdir. Bu durum sezaryen ile sonuçlanan gebeliklerle ilgili yapacağımız yorumların söz konusu kamu hastanesindeki gerçek durumu yansıtmasını güçleştirmektedir.

Ülkemizde sezaryen sadece tıbbi zorunluluk durumlarında yapılmaktadır. Ancak gebelerin bilgi ve tutumlarının doğum şekillerini etkilediği bilinen bir gerçektir.

Gebelerin doğum yaptıkları tarih tam olarak sorgulanmadığı için sezaryen oranlarının veri toplama süreci içinde yer alan uzun resmi tatillerden etkilenip etkilenmediği değerlendirilememiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya daha önce doğum yapmamış 232 gebe dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $24,5 \pm 4,05$ (SS), ortancası 24 olup, 18-41 arasında dağılmaktaydı. Katılımcıların %34,5'i üniversite ve üzeri eğitilmiş olduğunu, %77,2'si gelir getiren bir işte çalışmadığını, %94'ü aylık gelirlerinin yeterli olduğunu ve %75,9'u sadece eşiyile birlikte yaşadığını belirtti. Sosyodemografik özelliklere ilişkin detaylı veriler tabloda verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort:24,5±4,05)		
18-24	125	53,9
25-29	84	36,2
30-34	19	8,2
35 ve üstü	4	1,7
Toplam	232	100
Eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	28	12,1
Ortaokul	48	20,7
Lise	76	32,8
Üniversite ve üzeri	80	34,5
Toplam	232	100
Gelir algısı		
Az	9	3,9
Yeterli	218	94
Fazla	5	2,2
Toplam	232	100

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Gelir getiren işte çalışma		
Çalışıyor	53	22,8
Çalışmıyor	179	77,2
Toplam	232	100
Kimle yaşıyor		
Eş ile	176	75,9
Eş ve aile büyükleri	54	23,3
Kendi ebeveynleri	2	0,9
Toplam	232	100

Katılımcıların gebelik öyküsü değerlendirildiğinde %96,6'sı gebeliğinin istemli olduğunu, %11,6'sı gebe kalmak için tedavi gördüğünü, %15,9'u daha önce en az bir kez düşük yaptığını, %41,8'i birinci trimesterde olduğunu ifade etti. İlk görüşmede gebelerin %83,6'sı herhangi tıbbi bir neden olmaması durumunda NVD, %5,6'sı sezaryen ile doğum yapmak istediklerini belirtti, %10,8'i ise kararsızdı. Gebelik öyküsüne ve kadınların tercih ettikleri doğum şekli, doğum yapmak istedikleri yere ait detaylı bilgi tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların İlk Görüşmedeki Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Gebelik Öyküsü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Trimester		
1. trimester	97	41,8
2. trimester	135	58,2
Toplam	232	100
Gebelik istemli/planlı bir gebelik mi?		
Evet	224	96,6
Hayır	8	3,4
Toplam	232	100

Tablo 4. Katılımcıların İlk Görüşmedeki Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

Gebe kalma şekli		
Spontan	205	88,4
Tedavi	27	11,6
Toplam	232	100
Düşük öyküsü		
Var	37	15,9
Yok	195	84,1
Toplam	232	100
Düşük sayısı		
1	27	11,6
2	9	3,9
3	1	0,4
Toplam	37	15,9
Planlanan doğum yeri		
Eğitim Araştırma hastanesi	39	16,8
Devlet hastanesi	93	40,1
Özel hastane	45	19,4
Kararsız	55	23,7
Toplam	232	100
İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli		
Normal vajinal doğum	194	83,6
Sezaryen	13	5,6
Kararsız	25	10,8
Toplam	232	100

İlk görüşmede normal vajinal doğum tercih eden gebelere, normal doğum tercih etme nedenleri açık uçlu olarak soruldu. Nullipar gebelerin normal doğum tercih etme nedenleri on bir ifade altında toplandı ve tercih sıklıkları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. İlk Görüşmede İfade Edilen Normal Vajinal Doğum Tercih Nedenlerinin Sıralaması

Tercih nedeni*(n=194)	Sayı (n)	Yüzde(%)
Normal doğum daha sağlıklı	135	69,6
İyileşme süresi daha kısa	50	25,8
Anestezi, ameliyat istememe	45	23,2
Çevredeki kişilerin normal doğum yapması, önermesi	26	13,4
Daha ağrısız ve kolay	24	12,4
Daha doğal	19	9,8
Vücudunun temizleneceğini düşünme	7	3,6
Daha kolay kilo verilir	6	3,1
Bebekle hemen temas	5	2,6
Sezaryen kalıcı ize/hasara neden olur	4	2,1
Daha çok çocuk sahibi olmaya izin verir	2	1,0

*Katılımcılar birden fazla tercih nedeni ifade edebilmişlerdir.

İlk görüşmede sezaryen doğum tercih eden gebelere sezaryen tercih etme nedenleri açık uçlu olarak soruldu ve bu nedenler beş başlıkta toplanmıştır. Tercih nedenlerinin sıralaması Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. İlk Görüşmede İfade Edilen *Sezaryen Doğum Tercih Nedenlerinin* Sıralaması

Tercih nedeni*(n=13)	Sayı (n)	Yüzde(%)
Normal doğum ağrısından korkma	10	76,9
Sezaryen doğum daha kolay	3	23,1
Bebek için daha güvenli	2	15,4
Çevredeki kişilerin sezaryen doğum önermesi	2	15,4
Epizyotomiden korkma	1	7,7

*Katılımcılar birden fazla tercih nedeni ifade edebilmişlerdir.

Katılımcıların yalnızca %25 'i bu gebeliğinde doğum şekilleri ile ilgili eğitim ya da bilgi aldıklarını ifade etti. Bu gebelerin en sık bilgi aldığı kaynak ise %56,9 ile internet, televizyon yayınları gibi kitle iletişim araçlarıydı (Tablo 7).

Tablo 7. İlk Görüşmede Katılımcıların Doğum Şekilleri Hakkında Eğitim Alma Durumları Ve Eğitim Kaynakları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum şekilleri hakkında eğitim/bilgi aldınız mı?		
Evet	58	25
Hayır	174	75
Toplam	232	100
Doğum şekli/yöntemi hakkında kimden/nereden bilgi aldınız?		
Aile hekimi	1	1,7
Kadın doğum uzmanı	6	10,3
Ebe, hemşire	3	5,2
İnternet, televizyon	33	56,9
Çevresindeki kişiler	10	17,2
Mesleği gereği bilgi sahibi	5	8,6
Toplam	58	100

Katılımcılardan %18,1'i doğum yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmekteydi. Kadınların %37,9'u doğum şekli kararını doktor tarafından bilgilendirildikten sonra kendilerinin vermesi gerektiğini ifade etti. Sadece gebelerin %24,1'i doğum şekline doktorun karar vermesi gerektiğini düşünmekteydi. Katılımcıların %41,4'ü gebeliği süresince eş, kayınvalide ve anne tarafından doğum şekli konusunda yönlendirildiğini belirtti. Gebelerin %22'si çevresindeki akraba, arkadaş gibi kişilerin kötü normal doğum deneyimi yaşadığını; %32,3'ünde kötü sezaryen deneyimi yaşadığını bildirdi. Katılımcıların %97,4'ü vajinal doğumun en ideal doğum şekli olduğunu düşünüyordu. Kadınların %53,9'u 2 çocuk sahibi olmayı planladıklarını söyledi (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Doğum Şekli İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı (İlk Görüşme)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
Evet	42	18,1
Hayır	102	44,0
Kısmen	88	37,9
Toplam	232	100
Sizce doğum şekline kim karar vermeli?		
Doktor	56	24,1
Ben *	88	37,9
Ben ve eşim*	80	34,5
Doktor, ebe ve ben	8	3,4
Toplam	232	100
Doğum şeklinizin nasıl olacağıyla ilgili eşiniz/anneniz/kayınvalideniz vb sizi yönlendirmeye çalıştı mı?		
Evet	96	41,4
Hayır	136	58,6
Toplam	232	100
Çevrenizden(arkadaş-akraba vb) kötü normal vajinal doğum deneyimi yaşayan oldu mu?		
Evet	51	22,0
Hayır	181	78,0
Toplam	232	100
Çevrenizden(arkadaş-akraba vb) kötü sezaryen deneyimi yaşayan oldu mu?		
Evet	75	32,3
Hayır	157	67,7
Toplam	232	100
Sizce en ideal doğum şekli hangisidir?		
Normal vajinal doğum	226	97,4
Sezaryen	4	1,7
Kararsız	2	0,9
Toplam	232	100

Tablo 8. Katılımcıların Doğum Şekli İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı (İlk Görüşme) (Devamı)

Kaç çocuk sahibi olmayı planlıyorsunuz?		
Bir	26	11,2
İki	125	53,9
Üç	69	29,7
Dört	11	4,7
Beş	1	0,4
Toplam	232	100

*Doktor tarafından bilgilendirildikten sonra

Tüm kadınlar gebeliklerinin 36. haftası veya sonrasında aranarak tıbbi bir neden olmaması durumunda tercih ettikleri doğum şekli, doktorunun önerdiği doğum şekli, gebelikte önemli bir hastalık ya da problem yaşayıp yaşamadığı, hastanenin gebe okulu eğitimine katılıp katılmadıkları konusunda bilgi alındı. Telefonla toplam 201 gebeye ulaşılabildi. Ulaşılan gebelerden %90'ı normal doğum tercih ettiğini ifade etti. Ulaşılan gebelerin %92'sine doktorları tarafından normal doğum önerilmişti. Gebelerin %11,9'u gebelik sırasında önemli bir hastalık veya problem ile karşılaştığını, %14,4'ü gebe eğitimine katıldıklarını belirtti (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların İkinci Görüşmede Sorulan Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımı

İkinci görüşme (n=201)	Sayı (n)	Yüzde(%)
Tıbbi zorunluluk olmazsa hangi doğum şeklini tercih ederiniz?		
Normal vajinal doğum	181	90
Sezaryen	17	8,5
Kararsız	3	1,5
Toplam	201	100
Doktorunuzun önerdiği doğum şekli nedir?		
Normal vajinal doğum	185	92
Sezaryen	16	8
Toplam	201	100

Tablo 9. Katılımcıların İkinci Görüşmede Sorulan Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımı (Devamı)

Gebelikte önemli bir hastalık ya da sağlık problem yaşadınız mı?		
Evet	24	11,9
Hayır	177	88,1
Toplam	201	100
Hastanenin gebe okulu eğitimlerini tamamladınız mı?		
Evet	29	14,4
Hayır	172	85,6
Toplam	201	100

36. hafta ve sonrasında görüşme yapılamayan gebelerle, görüşülememe nedenleri Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. İkinci Görüşmede Katılımcılara Ulaşılamama Nedenleri

Ulaşılamama nedeni	Sayı (n)	Yüzde(%)
Erken doğum	5	16,1
İletişim numarası vermek istemedi	5	16,1
İletişim numarasından ulaşamadı	16	51,6
Bebeğini kaybetti	4	12,9
Vefat etti	1	3,2
Toplam	31	100

Kadınlarla doğum sonrası üçüncü bir görüşme daha yapılarak gerçekleşen doğum şekilleri hakkında bilgi alındı. Katılımcıların %55,7'si normal doğum, %44,3'ü ise sezaryen ile doğum yaptığını belirtti (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Gerçekleşen Doğum Şekilleri

Gerçekleşen doğum şekli	Sayı (n)	Yüzde(%)
Normal vajinal doğum	112	55,7
Sezaryen	89	44,3
Toplam	201	100

Gebelerle yapılan birinci görüşmede “Doğum, gerekmedikçe müdahale edilmemesi gereken doğal bir olaydır” ifadesine gebelerin %61,6’sı kesinlikle katılırken, “Sezaryen sadece tıbbi zorunluluk durumunda yapılmalı” ifadesine ise %29,7’si kesinlikle katılmadığını belirtti. Gebelerin %90,9’u “Normal doğum anne için daha sağlıklıdır” ifadesine tamamen katıldığını söyledi. Gebelerin doğum şekilleri ile ilgili bilgi ve tutumlarına yönelik sorulara verdikleri cevaplar tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Doğum Şekilleri İle İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Doğum, gerekmedikçe müdahale edilmemesi gereken doğal bir olaydır	%61,6	%19,8	%6,9	%11,6	%0
Normal doğumda sezaryene göre daha hızlı ve kolay iyileşme olur	%85,3	%8,6	%3,9	%0,9	%1,3
Sezaryen sadece tıbbi zorunluluk durumunda yapılmalı	%56,9	%6,5	%3,9	%3,0	%29,7
Normal doğum anne için daha sağlıklıdır	%90,9	%6,9	%1,3	%0,4	%0,4
Sezaryenden sonra emzirme ile ilgili problemler daha sık yaşanır	%35,3	%14,7	%29,7	%1,3	%19,0
Sezaryen daha konforludur	%22,4	%2,2	%15,9	%8,6	%50,9
Normal doğum daha çok sayıda doğum yapabilmeye izin verir	%61,6	%17,7	%15,1	%3,0	%2,6
Normal doğumda daha az kanama ve enfeksiyon riski vardır	%24,6	%6,0	%46,1	%1,3	%22,0
Nadir de olsa normal doğumdan sonra idrar kaçırma problemi olabilir	%13,4	%19,4	%53,0	%2,6	%11,6
Nadir de olsa normal doğumdan sonra cinsel hayat etkilenebilir	%7,3	%13,8	%49,1	%5,2	%24,6

Yaş gruplarına göre gebelerin doğum tercihi ve gerçekleşen doğum oranları farklılık göstermemekteydi ($p > 0,05$) (Tablo 13).

Tablo13. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Yaş grupları	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			p
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
18- 29	176(%84,2)	33(%15,8)	209(%100)	0,551*
30 ve üstü	18(7,8)	5(2,1)	23(%100)	
Toplam	194(83,6)	38(16,4)	232(%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
18- 29	164(%91,1)	16(%8,9)	180(%100)	0,139*
30 ve üstü	17(8,0)	4(%19,0)	21(%100)	
Toplam	181(90,0)	20(10,0)	201(%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Yaş grupları	NVD	Sezaryen doğum	Toplam	0,210
18- 29	103(%57,2)	77(%42,8)	180(%100)	
30 ve üstü	9(%4,9)	12(%5,7)	21(%100)	
Toplam	112(%55,7)	89(%44,3)	201(%100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Gebelerin eğitim düzeylerine göre ilk görüşmede tercih ettikleri doğum şekilleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Lise mezunu olan gebelerin diğerlerine göre anlamlı bir biçimde daha fazla sezaryen tercih ettikleri görülmüştür ($p < 0,05$). Gebelerin ikinci görüşmede tercih ettikleri ve gerçekleştirdikleri doğum şekli eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			
	NVD	Sezaryen kararsızlar	ve Toplam	p
Lise altı	66(%86,8)	10(%13,2)	76(%100)	0,015
Lise	56(%73,7)	20(%26,3)	76(%100)	
Üniversite ve üstü	72(%90,0)	8(%10,0)	80(%100)	
Toplam	194(%83,6)	38(%16,4)	232(%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Lise altı	52(%88,1)	7(%11,9)	59(%100)	0,089
Lise	58(%85,3)	10(%14,7)	68(%100)	
Üniversite ve üstü	71(%95,9)	3(%4,1)	74(%100)	
Toplam	181(%90,0)	20(%10,0)	201(%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Eğitim düzeyi	NVD	Sezaryen doğum	Toplam	0,340
Lise altı	35(%59,3)	24(%40,7)	59(%100)	
Lise	33(%48,5)	35(%51,5)	68(%100)	
Üniversite ve üstü	44(%59,5)	30(%40,5)	74(%100)	
Toplam	112(%55,7)	89(%44,3)	201(%100)	

Gebelerin tercih ettikleri ve gerçekleştirdikleri doğum şekilleri gelir getiren bir işte çalışıp çalışmama durumlarına göre farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Gelir getiren bir işte çalışma	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=232)			
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	p
Evet	44(%83,0)	9(%17,0)	53(%100)	0,893
Hayır	150(%83,8)	29(%16,2)	179(%100)	
Toplam	194(%83,6)	38(%16,4)	232(%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	48(%94,1)	3(%5,9)	51(%100)	0,261
Hayır	133(%88,7)	17(%11,3)	150(%100)	
Toplam	181(%90,0)	20(%10,0)	201(%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Gelir getiren bir işte çalışma	NVD	Sezaryen doğum	Toplam	0,849
Evet	29(%56,9)	22(%43,1)	51(%100)	
Hayır	83(%55,3)	67(%44,7)	150(%100)	
Toplam	112(%55,7)	89(%44,3)	201(%100)	

Katılımcıların aile tipinin doğum şekli tercihlerini ve gerçekleşen doğum şeklini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Aile Tipine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Aile tipi	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)				
	NVD	Sezaryen kararsızlar	ve	Toplam	p
Çekirdek	148(% 84,1)	28(15,9)		176(% 100)	
Geniş	46(% 82,1)	10(17,9)		56(% 100)	
Toplam	194(83,6)	38(% 16,4)		232(% 100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)					0,774*
Çekirdek	143(% 90,5)	15(% 9,5)		158(% 100)	
Geniş	38(% 88,4)	5(% 11,6)		43(% 100)	
Toplam	181(% 90)	20(% 10)		201(% 100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)					0,480
Aile tipi	NVD	Sezaryen doğum		Toplam	
Çekirdek	86(% 54,4)	72(% 45,6)		158(% 100)	
Geniş	26(% 60,5)	17(% 39,5)		43(% 100)	
Toplam	112(% 55,7)	89(% 44,3)		201(% 100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Gebeliğin istemli olup olmaması katılımcıların doğum şekli tercihlerini ve gerçekleşen doğum şeklini etkilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Gebeliklerinin İstemli Olup Olmamasına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

İstemli gebelik	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			
	NVD	Sezaryen kararsızlar	ve	Toplam
Evet	188 (%89,3)	36 (%16,1)		224 (%100)
Hayır	6 (%75)	2(%25)		8 (%100)
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)		232 (%100)
	İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)			
Evet	175 (%90,2)	19(%9,8)		194(%100)
Hayır	8 (%85,7)	1 (%14,3)		9 (%100)
Toplam	181(%90)	20 (%10)		201(%100)
İstemli gebelik	Gerçekleşen doğum şekli (n=201)			
	NVD	Sezaryen		Toplam
Evet	106 (%54,6)	88 (%45,4)		194 (%100)
Hayır	6 (%85,7)	1(%14,3)		7 (%100)
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)		201 (%100)

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Gebe kalmak için herhangi bir tedavi alma durumuna göre tercih edilen doğum şekilleri karşılaştırıldığında, tedavi gebelerin anlamlı bir şekilde sezaryen tercih ettikleri görülmüştür ($p<0,05$). Ancak, 36. haftada tercih ettikleri ve gerçekleşen doğum şekillerinde bu fark devam etmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Gebe Kalmak İçin Tedavi Görme Durumlarına Göre Doğum Tercih Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Gebe kalmak için tedavi görme	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	P
Evet	17 (%63)	10 (%37)	27 (%100)	0,005*
Hayır	177 (%86,3)	28(%13,7)	205 (%100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)	232 (%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	20 (%87,0)	3 (%13,0)	23 (%100)	0,708*
Hayır	161(%90,4)	28(%9,6)	178 (%100)	
Toplam	181 (%90,0)	20 (%10)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Gebe kalmak için tedavi görme	NVD	Sezaryen	Toplam	0,935
Evet	13 (%56,5)	10 (%43,5)	23 (%100)	
Hayır	99(%55,6)	79(%44,4)	178 (%100)	
Toplam	112 (%55,7)	289(%44,3)	201 (%100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Düşük öyküsüne göre doğum tercihleri benzerdi, gerçekleşen doğum şekillerinde de benzerlik değişmedi ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Düşük Öyküsüne Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Düşük öyküsü	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			P
	NVD	Sezaryen kararsızlar ve	Toplam	
Evet	32 (%86,5)	5 (% 13,5)	37 (% 100)	0,607
Hayır	162 (%83,1)	33(% 16,9)	205 (% 100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (% 16,4)	232 (% 100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	28 (%93,3)	2 (% 6,7)	30 (% 100)	0,744*
Hayır	153 (%89,5)	18 (10,5)	171 (% 100)	
Toplam	181(%90,0)	20 (% 10)	201 (% 100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Düşük öyküsü	NVD	Sezaryen	Toplam	0,609
Evet	18 (%60,0)	12 (%40,0)	30 (% 100)	
Hayır	94 (%55,0)	77 (%45,0)	171 (% 100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (% 100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Katılımcıların doğum yapmayı planladıkları yere göre tercih ettikleri doğum şekli oranları anlamlı farklılık göstermiyordu ($p>0,05$). Ancak özel hastanede doğum yapmayı planlayan gebelerin sezaryen doğum tercih etme oranı diğerlerine göre daha yüksekti. Ayrıca özel hastanede doğum yapmayı planlayan gebelerde anlamlı olarak daha fazla sezaryen doğum gerçekleşmiştir ($p=0,018$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Planladıkları Doğum Yerine Göre Doğum Tercih Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Planlanan doğum yeri **	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli			
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	p
Üniversite/EAH/Devlet hastanesi	116(%87,9)	16(%12,1)	132(%100)	0,098
Özel hastane	35(%77,8)	10(%22,2)	45(%100)	
Toplam	151(%85,3)	26(%14,7)	177(%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Üniversite/EAH/Devlet hastanesi	103(%88,8)	13(%11,2)	116(%100)	0,582*
Özel hastane	35(%85,4)	6(%14,6)	41(%100)	
Toplam	138(%87,9)	19(%12,1)	157(%100)	
Planlanan doğum yeri**	Gerçekleşen doğum şekli			
	NVD	Sezaryen	Toplam	
Üniversite/EAH/Devlet hastanesi	70(%60,3)	46(%39,7)	116(%100)	0,018
Özel hastane	16(%39)	25(%61)	41(%100)	
Toplam	86(%54,8)	71(%45,2)	157(%100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

**Doğum yeri hakkında kararsız olanlar istatistiğe dahil edilmemiştir.

Gebelerin doğum tercihleri ile "Sizce doğum şekline kim karar vermeli" sorusuna verdikleri cevap oranları farklılık göstermiyordu. Ancak doğuma hekim tarafından bilgilendirildikten sonra ben karar vermeliyim diyen gebelerin, diğer gebelere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda sezaryen doğum gerçekleştirdiği görülmüştür (p=0,034) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Doğum Şekline Karar Vermesini Düşündüğü Kişiye Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Doğum şekline karar vermesini düşündüğü kişi *	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli			P
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Hekim	49 (%87,5)	7 (%12,5)	56 (%100)	0,641
Ben	72 (%81,8)	16 (%18,2)	88 (%100)	
Ben ve eşim	66 (%82,5)	14 (%17,5)	80(%100)	
Toplam	187 (%83,5)	37 (%16,5)	224 (%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli				
Hekim	45 (%93,8)	3 (%6,3)	48 (%100)	0,182
Ben	67 (%84,8)	12 (%15,2)	79 (%100)	
Ben ve eşim	61 (%92,4)	5 (%7,6)	66(%100)	
Toplam	173 (%89,6)	20 (%10,4)	193 (%100)	
Doğum şekline karar verecek kişi*	Gerçekleşen doğum şekli			
	NVD	Sezaryen	Toplam	
Hekim	32(%66,7)	16 (%33,3)	48 (%100)	0,034
Ben	35 (%44,3)	44 (%55,7)	79 (%100)	
Ben ve eşim	39 (%59,1)	27 (%40,9)	66(%100)	
Toplam	106 (%54,9)	20 (%45,1)	193 (%100)	

*Hekim, yardımcı sağlık personeli ve ben birlikte karar vermeliyiz diyenler istatistiğe dahil edilmemiştir.

Doğum şekilleri ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunu düşünen gebeler, ilk görüşmede anlamlı şekilde daha fazla normal doğum tercih ettiğini ifade etti ($p=0,00$). Gebelerin bilgi sahibi olduklarını düşünmeleriyle ilgili ikinci görüşmede tercih ettikleri doğum şekli arasında anlamlı fark olmasa da bilgi seviyesi arttıkça normal doğum planlama oranı da artmıştır ($p>0,05$). Ancak gerçekleşen doğum şekline bakıldığında yeterince ve kısmen bilgi sahibi olduğunu düşünenlerde, bilgi sahibi olmadığını düşünenlere oranla daha fazla sezaryen gözlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Doğum Şekilleriyle İlgili Yeterince Bilgi Sahibi Olup Olmadıklarını Düşünmelerine Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Yeterli bilgi	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			P
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Evet	41 (%97,6)	1 (%2,4)	42(%100)	0,000
Kısmen	78 (%88,6)	10 (%11,4)	88(%100)	
Hayır	75 (%73,5)	27 (%26,5)	102 (%100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)	232 (%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	35 (%94,6)	2 (%5,4)	37(%100)	0,445
Kısmen	70 (%90,9)	7 (%9,1)	77 (%100)	
Hayır	76 (%87,4)	11 (%12,6)	87(%100)	
Toplam	181 (%90,0)	20 (%10,0)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli(n=201)				
Yeterli bilgi	NVD	Sezaryen	Toplam	0,067
Evet	16 (%43,2)	21 (%56,8)	37(%100)	
Kısmen	40 (%51,9)	37 (%48,1)	77 (%100)	
Hayır	56 (%64,4)	31 (%35,6)	87(%100)	
Toplam	181 (%90,0)	20 (%10,0)	201 (%100)	

İlk görüşmede bu gebeliklerinde doğum şekilleriyle ilgili eğitim veya bilgi alıp almadıkları sorusuna verdikleri cevap oranlarıyla doğum tercihleri arasında anlamlı fark bulunamadı ($p=0,152$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Doğum Şekilleri Hakkında Bilgi, Eğitim Alma Durumlarına Göre Doğum Tercih Dağılımlarının Karşılaştırılması (İlk Görüşme)

Doğum şekli hakkında bilgi, eğitim alma	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			P
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Evet	52 (%89,7)	6 (%10,3)	58 (%100)	0,152
Hayır	142 (%81,6)	32 (%18,4)	174 (%100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)	232 (%100)	

Katılımcılara ikinci görüşmede, hastanenin gebe okulu eğitimlerini tamamlayıp tamamlamadıkları soruldu. Bu eğitimi tamamlayan ve tamamlamayan gebelerin ikinci görüşmede tercih ettikleri ve gerçekleşen doğum arasında fark gözlenmemiştir. (sırasıyla $p=0,744$, $p=0,949$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Gebe Okulu Eğitimlerine Katılma Durumuna Göre Doğum Tercih Dağılımlarının Ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Eğitime katılım	İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)			P
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Evet	27(%93,1)	2 (%6,9)	29(%100)	0,744*
Hayır	154 (%89,5)	18 (%10,5)	172 (%100)	
Toplam	181 (%90,0)	20 (%10,0)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli(n=201)				
Eğitime katılım	NVD	Sezaryen	Toplam	0,949
Evet	16(%55,2)	13 (%44,8)	29(%100)	
Hayır	96 (%55,8)	76 (%44,2)	172 (%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Katılımcılara kaç çocuk sahibi olmayı planladıkları sorulmuştur. Planlanan çocuk sayısı ile tercih edilen ve gerçekleşen doğum şekli arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Planladıkları Çocuk Sayısına Göre Doğum Tercih Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Planlanan çocuk sayısı	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			p
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
1-2 çocuk	122(% 80,8)	29 (% 19,2)	151(% 100)	0,112
3-5 çocuk	72 (% 88,9)	9(% 11,1)	81 (% 100)	
Toplam	194 (% 83,6)	38 (% 16,4)	232 (% 100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
1-2 çocuk	117(% 89,3)	14 (% 10,7)	131(% 100)	0,633
3-5 çocuk	64 (% 91,4)	6(% 8,6)	70 (% 100)	
Toplam	181 (% 83,6)	20 (% 16,4)	201 (% 100)	
Gerçekleşen doğum şekli(n=201)				
Planlanan çocuk sayısı	NVD	Sezaryen	Toplam	0,550
1-2 çocuk	75(% 57,3)	56 (% 42,7)	131(% 100)	
3-5 çocuk	37 (% 52,9)	33(% 47,1)	70 (% 100)	
Toplam	112 (% 55,7)	89 (% 44,3)	201 (% 100)	

Katılımcıların doğum şeklinin nasıl olacağıyla ilgili eş, anne, kayınvalide gibi yakınları tarafından yönlendirilmesinin tercih ettikleri ve gerçekleştirdikleri doğum şekline etkisi incelendiğinde yönlendirilen ve yönlendirilmeyen kadınların tercih ettikleri ve gerçekleşen doğum şekilleri arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Doğum Şeklinin Nasıl Olacağıyla İlgili Çevresi Tarafından Yönlendirilip Yönlendirilmediğine Göre Doğum Tercih Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Çevresi tarafından yönlendirilme	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			p
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Evet	79 (%82,3)	17 (%17,7)	96 (%100)	0,646
Hayır	115 (%84,6)	33(%15,4)	136 (%100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)	232 (%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	77 (%91,7)	7 (%8,3)	84 (%100)	0,516
Hayır	104 (%88,9)	13 (11,1)	117 (%100)	
Toplam	181(%90,0)	20 (%10)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Çevresi tarafından yönlendirilme	NVD	Sezaryen	Toplam	0,817
Evet	46 (%54,8)	38 (%45,2)	84 (%100)	
Hayır	66 (%56,4)	51 (%43,6)	117 (%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

Çevresinde kötü vajinal doğum deneyimi yaşamış kişi olduğunu ifade eden gebeler ilk görüşmede anlamlı olarak daha fazla sezaryen doğum tercihinde bulunmuştur (p=0,016). İkinci görüşmede ve gerçekleşen doğum oranlarına bakıldığında bu fark kaybolmuştur (sırasıyla p=0,394; p=0,387) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların Yakınlarının Kötü Vajinal Doğum Deneyimi Yaşamalarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Çevresinde kötü NVD deneyimi	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			p
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Evet	37 (%72,5)	14 (%27,5)	51 (%100)	0,016
Hayır	157 (%86,7)	24(%13,3)	181 (%100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)	232 (%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	38 (%86,4)	6 (%13,6)	44 (%100)	0,394
Hayır	143 (%91,1)	14 (%8,9)	157 (%100)	
Toplam	181(%90,0)	20 (%10)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Çevresinde kötü NVD deneyimi	NVD	Sezaryen	Toplam	0,387
Evet	22 (%50,0)	22 (%50,0)	44 (%100)	
Hayır	90(%57,3)	67 (%42,7)	157(%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

Çevresinde kötü sezaryen doğum deneyimi yaşamış kişi olduğunu belirten gebeler iki görüşmede de anlamlı olarak daha az sezaryen doğum tercihinde bulundu (sırasıyla $p=0,045$; $p=0,024$). Ancak bu fark gerçekleşen doğum şekillerine yansımada ($p=0,251$) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Yakınlarının Kötü Sezaryen Doğum Deneyimi Yaşamalarına Göre Doğum Tercihi Dağılımlarının ve Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Çevresinde kötü sezaryen deneyimi	İlk görüşmede tercih edilen doğum şekli(n=232)			p
	NVD	Sezaryen kararsızlar ve	Toplam	
Evet	68 (%90,7)	7 (%9,3)	75 (%100)	0,045
Hayır	126 (%80,3)	31 (%19,7)	157 (%100)	
Toplam	194 (%83,6)	38 (%16,4)	232 (%100)	
İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)				
Evet	63 (%96,9)	2 (%3,1)	65 (%100)	0,024
Hayır	118 (%86,8)	18 (%13,2)	136 (%100)	
Toplam	181(%90,0)	20 (%10)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Çevresinde kötü sezaryen deneyimi	NVD	Sezaryen	Toplam	0,251
Evet	40 (%61,5)	25 (%38,5)	65 (%100)	
Hayır	72(%52,9)	64 (%47,1)	136(%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

“Sizce en ideal doğum şekli hangisidir?” sorusuna NVD diyenlerin ilk görüşmede %15'inin, ikinci görüşmede %9,7'sinin doğum tercihi sezaryendi veya kararsızdı. En ideal doğum şeklinin NVD olduğunu düşünenlerin %43,9'u sezaryen ile doğum yaptı.

İkinci görüşmede katılımcılara gebeliklerinde önemli bir sağlık problemi yaşayıp yaşamadıkları sorgulandı. Gebeliklerinde sağlık problemi yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında ikinci görüşmede tercih edilen ve gerçekleşen doğum şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların Gebelik Sürecinde Sağlık Problemi Yaşama Durumlarına Göre İkinci Görüşmede Tercih Edilen Ve Gerçekleşen Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

Gebelikte sağlık problemi	İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)			p
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
Evet	20 (%83,3)	4 (%16,7)	24 (%100)	0,270
Hayır	161 (%91,0)	16(%9,0)	177 (%100)	
Toplam	181 (%90,0)	20 (%10,0)	201 (%100)	
Gerçekleşen doğum şekli (n=201)				
Gebelikte sağlık problemi	NVD	Sezaryen	Toplam	0,870
Evet	13 (%54,2)	11 (%45,8)	24 (%100)	
Hayır	99(%55,9)	78 (%44,1)	177(%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

Eğitim düzeyi, gebe kalmak için tedavi görme, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme ve çevresinde kötü vajinal doğum deneyimi yaşayanların olması bağımsız değişkenlerinin; nullipar gebelerin ilk görüşmedeki doğum şekli tercihlerine etkilerini görmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İlk olarak, tüm açıklayıcı değişkenler modele dahil edildi, daha sonra modeli bozan bazı değişkenler çıkarıldı. Ayrıca birbiriyle ilişkili olan bağımsız değişkenler de modele dahil edilmedi. Sonuç olarak çalışmaya katılan 232 kadının cevabına dayanan lojistik regresyon analizinde eğitim düzeyi, gebe kalmak için tedavi görme, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını düşünme ve çevresinde kötü vajinal doğum deneyimi yaşayanların olmasının kadınların doğum tercihini etkilediği görülmüştür ($p<0.05$). Lise mezunu olan gebeler lise altı eğitim almış gebelere kıyasla 3,1 kat daha fazla sezaryen ile doğumu tercih etmekte veya kararsız kalmaktaydı ($p=0,01$, CI:1,25-8,08). Gebe kalmak için tedavi görmek 4,0 kat, çevresinde kötü vajinal

doğum deneyimi yaşamış insanların olması 2,9 kat sezaryen doğum tercihini veya kararsız olmalarını arttırmaktaydı (sırasıyla $p=0,00$ CI:1,49-10,74 ve $p=0,01$ CI:1,25-6,87). Doğum şekilleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin de sezaryen doğumu tercih etme veya kararsız olma riskleri 4,7 kat fazlaydı ($p=0,00$ CI:2,06-10,88) (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların Doğum Şekli Tercihlerinin Bazı Değişkenlere Göre Regresyon Analizi

		Beta	p	OR	%95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Eğitim düzeyi	Lise altı*	referans				
	Lise	1,15	0,01	3,1	1,25	8,08
	Lise üstü	0,03	0,95	1,0	0,34	3,07
Gebe kalmak için tedavi görme	Evet	1,38	0,00	4,0	1,49	10,74
	Hayır	referans				
Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi	Evet**	referans				
	Hayır	1,55	0,00	4,7	2,06	10,88
Çevresinde kötü NVD deneyimi	Evet	1,07	0,01	2,9	1,25	6,87
	Hayır	referans				

*lise altı eğitim görenler aynı kategoride birleştirilmiştir.

** evet ve kısmen cevabını verenler aynı kategoriye alınmıştır.

Katılımcıların ilk ve ikinci görüşmede tercih ettikleri ve gerçekleştirdikleri doğum şekli arasında anlamlı fark vardı ($p=0,000$). Farkın hangi grup ve/veya gruplardan kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Gerçekleşen doğum şekli, ilk görüşmede ve ikinci görüşmede tercih edilen doğum şekillerinden anlamlı

bir şekilde farklıydı. İlk ve ikinci görüşmelerde tercih edilen doğum şekilleri arasında fark bulunamadı (Tablo 31,32,33) (Şekil 1).

Tablo 31. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

İlk görüşme	İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)			p*
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
NVD	165(%95,4)	8 (%4,6)	173(%100)	0,152
Sezaryen ve kararsızlar	16 (%57,1)	12 (%42,9)	28 (%100)	
Toplam	181 (%90,0)	20 (%10,0)	201 (%100)	

*McNemar testi kullanıldı.

Tablo 32. Katılımcıların İlk Görüşmede Tercih Ettikleri Ve Gerçekleşen Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

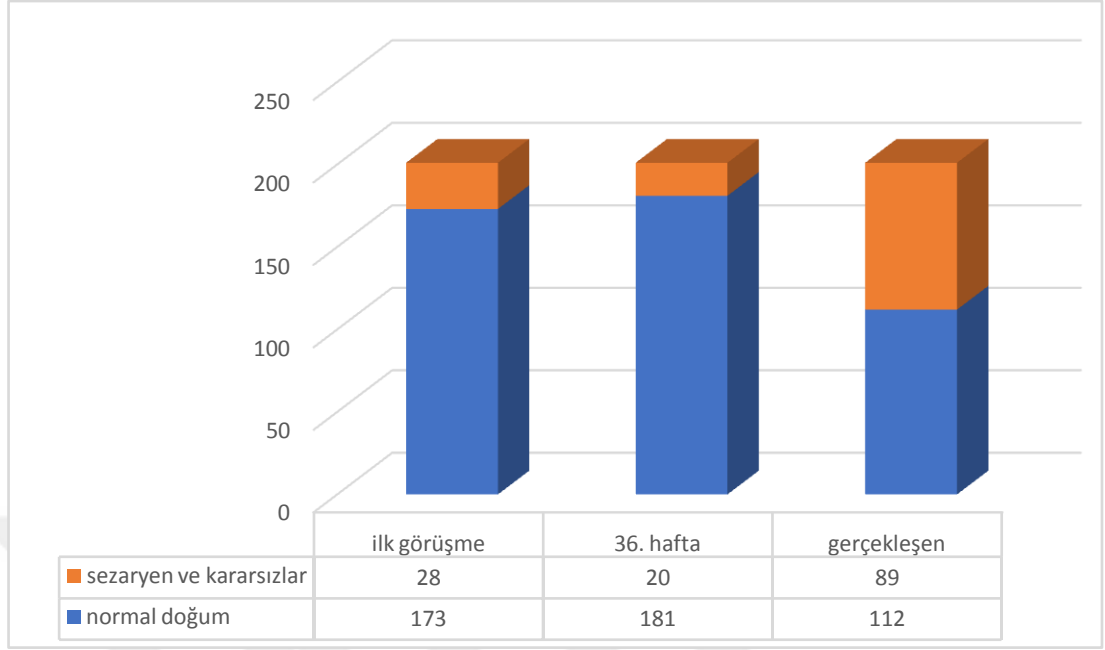
İlk görüşme	Gerçekleşen doğum şekli(n=201)			p*
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
NVD	101(%58,4)	72 (%41,6)	173(%100)	0,000
Sezaryen ve kararsızlar	11 (%39,3)	17 (%60,7)	28 (%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

*McNemar testi kullanıldı.

Tablo 33. Katılımcıların İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Ve Gerçekleşen Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması

İkinci görüşme	Gerçekleşen doğum şekli(n=201)			p*
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar	Toplam	
NVD	105(%58,0)	76 (%42,0)	181(%100)	0,000
Sezaryen ve kararsızlar	7 (%35,0)	13 (%65,0)	20 (%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

*McNemar testi kullanıldı.



Şekil 1: Nullipar Gebelerin İlk Ve İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Ve Gerçekleştirdikleri Doğum Şekillerinin Grafikselsel Gösterimi (n=201)

İkinci görüşmede ulaşılabilen gebeler arasında ilk görüşmede normal doğum tercih ettiğini bildiren gebelerin %95,7'si ikinci görüşmede de normal doğum tercih etmekteydi. İlk görüşmede sezaryen tercih eden gebelerin %66,7'si ikinci görüşmede de sezaryen tercih etmekteydi. Ayrıntılı bilgi tablo 34'te verilmiştir.

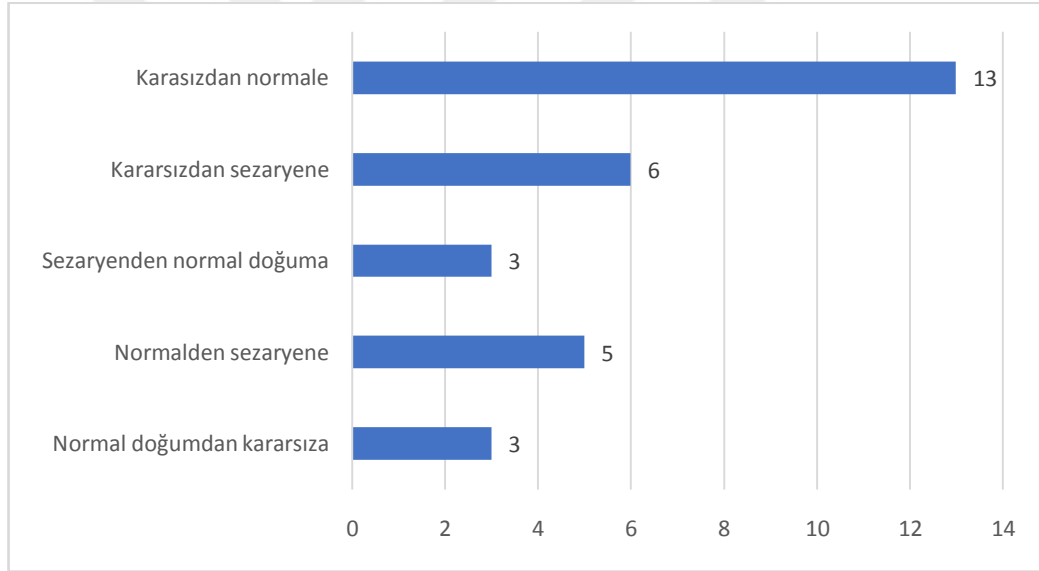
Tablo 34. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Doğum Şekillerinin Değişimi

	İkinci görüşmede planlanan	Sayı(n)	Yüzde(%)
İlk görüşmede planlanan			
Normal vajinal doğum	Normal vajinal doğum	165	95,7
	Sezaryen	5	2,9
	Kararsızım	3	1,7
Sezaryen doğum	Normal vajinal doğum	3	33,3
	Sezaryen	6	66,7
Kararsızım	Normal vajinal doğum	13	68,4
	Sezaryen	6	31,6

İlk görüşme ile ikinci görüşme arasında tercih edilen doğum şekli değişen gebelere ilişkin bilgiler Tablo 35’de özetlenmiştir (Şekil 2).

Tablo 35. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşme Sırasında Tercih Ettikleri Doğum Şekillerindeki Değişiminin Dağılımı

Planlanan doğum şekli değişimi	Sayı (n)	Yüzde(%)
Normal doğumdan kararsıza	3	10,0
Normalden sezaryene	5	16,7
Sezaryenden normal doğuma	3	10,0
Kararsızdan sezaryene	6	20,0
Kararsızdan normale	13	43,3
Toplam	30	100



Şekil 2. Katılımcıların İlk Ve İkinci Görüşme Sırasında Tercih Ettikleri Doğum Şekillerindeki Değişiminin Grafıksel Gösterimi

Katılımcılara ikinci görüşmede doktorlarının önerdiği doğum şekli soruldu. Katılımcıların ikinci görüşmede tercih ettikleri doğum şekli ile doktorlarının önerdiği doğum şekilleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Takip eden doktor tarafından NVD önerilen kadınların %91,4’ünün vajinal doğum yapmaya ikna olduğu gözlemlendi (Tablo 36).

Tablo 36. Katılımcıların İkinci Görüşmede Tercih Ettikleri Doğum Şekli İle Doktorlarının Önerdiği Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Doktorun 36.hafta ve sonrasında önerdiği doğum şekli	İkinci görüşmede tercih edilen doğum şekli (n=201)		Toplam	p*
	NVD	Sezaryen ve kararsızlar		
NVD	169(%91,4)	16(%8,6)	185(%100)	0,059
Sezaryen	12(%75)	4(%25)	16(%100)	
Toplam	181(%90)	20(%10)	201 (%100)	

*Fisher'in kesin ki-kare testi

Katılımcıların doktorlarının önerdiği doğum şekli ile gerçekleştirdikleri doğum şekli arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000). Doktorun sezaryen doğum önerdiği gebeler istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla sezaryen doğum yaparken; doktorun normal doğum önerdiği kadınlar aynı oranda normal doğum yapmamıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcılara Doktorlarının Önerdiği Doğum Şekli İle Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırılması

Doktorun 36.hafta ve sonrasında önerdiği doğum şekli	Gerçekleşen doğum şekli(n=201)		Toplam	p
	NVD	Sezaryen		
Normal vajinal doğum	110(%59,5)	75 (%40,5)	185 (%100)	0,000
Sezaryen	2(%12,5)	14(%87,5)	16 (%100)	
Toplam	112 (%55,7)	89 (%44,3)	201 (%100)	

5. TARTIŞMA

Bu araştırma bir hastaneye başvuran nullipar gebelerin doğum şekilleri hakkındaki bilgi ve tutumlarının planladıkları doğum şekline etkisini, gebeliğin ilerlemesi ile tercih edilen doğum şeklinin değişip değişmediğini ve tercih edilen doğum şekilleriyle gerçekleşen doğum şekilleri arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş ortalaması $24,5 \pm 4,05$ (SS)'tü (min=18, max=41). Katılımcıların %34,5'i üniversite ve üzeri, %32,8'i lise mezunu olduğunu, %77,2'si gelir getiren bir işte çalışmadığını ifade etti. İlk görüşmede gebelerin %83,6'sı herhangi tıbbi bir neden olmaması durumunda NVD ile, %5,6'sı sezaryen ile doğum yapmak istediklerini belirtti, %10,8'i ise kararsızdı. Normal doğumun daha sağlıklı olması, iyileşme süresinin daha kısa olması, kadınların ameliyat olmak istememesi, anestezi almak istememesi ilk görüşmede NVD tercih nedenlerinin başında gelmekteydi. Normal doğum ağrılarından korkma ise en sık sezaryenin tercih edilme nedeniydi. Eğitim düzeyi, gebe kalmak için tedavi görme, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme ve çevresinde kötü NVD ile doğum deneyimi olan kişilerin varlığının ilk görüşmede doğum şekli tercihlerine etkilerini görmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lise mezunu olan gebeler lise altı eğitim almış gebelere kıyasla 3,1 kat, gebe kalmak için tedavi görmek 4,0 kat, çevresinde kötü NVD ile doğum deneyimi yaşamış insanların olması 2,9 kat sezaryen ile doğum tercihini veya kararsız olmalarını arttırmaktaydı ($p < 0.05$). Ayrıca doğum şekilleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin de sezaryen ile doğumu tercih etmeleri veya kararsız olmaları 4,7 kat fazlaydı ($p < 0.05$). "Sizce doğum şekline kim karar vermeli" sorusuna gebelerin sadece %24,1'i "doktor karar vermeli" cevabını vermiştir.

İkinci görüşmede ulaşılan 201 gebenin %90'ı NVD ile, %8,5'i sezaryen ile doğum yapmak istediklerini ifade etti, %1,5'i ise kararsızdı. Ancak bu 201 gebe için gerçekleşen sezaryen oranı %44,3'tü. İlk ve ikinci görüşmede tercih edilen doğum şekilleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen iki görüşme ve gerçekleşen doğum şekilleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Gebelerle yapılan ikinci görüşmedeki doğum şekli tercihiyle gebelerin takiplerini yapan doktor tarafından önerilen doğum şekli arasında da anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda yapılan ilk görüşmede nullipar gebelerin %5,6'sı sezaryen doğum planlıyordu. Yüksel ve ark.'nın (2016) nullipar gebelerle yaptıkları çalışmada, kadınların %6,8'i sezaryen ile doğum yapmayı tercih etmiştir. Yüksel ve ark.'nın çalışmasından farklı olarak çalışmamızda kararsız olan gebelerin varlığı sezaryen oranlarımızın daha düşük çıkmasına neden olmuş olabilir. Hong Kong'da yapılan bir araştırmada gebeliğin 20. Haftasında nullipar kadınların %17,2'sinin elektif sezaryen planladıkları bulunmuştur (Pang *et al.*, 2007). Mazzoni ve ark.'nın kadınların sezaryen isteklerini inceleyen, nulliparların katıldığı 14 çalışmanın meta analizinde sezaryen tercihi %9,3 olarak bulunmuştur.

Nullipar gebelerin ilk görüşmede vajinal doğumu tercih etme nedenleri on bir farklı başlık altında toplanmıştır. Bu nedenlerden en çok belirtilenler; normal doğumun anne ve çocuk için daha sağlıklı olması (%69,6), iyileşme süresinin daha kısa olması (%25,8), anestezi ve ameliyat istememe (%23,2), çevresindeki kadınların normal doğum yapması, önermesi (%13,4), daha ağrısız ve kolay olması (%12,4), normal doğumun daha doğal olması (%9,8) şeklinde sıralanmaktadır. Ankara'da nulliparların katıldığı bir araştırmada toparlanmanın erken olması ve eve daha çabuk dönme (%62,4), daha az kanama ve enfeksiyon (%26,4), ameliyat ve anestezi korkusu (%23,9), emzirmeye daha erken başlama (%18,09) normal doğum tercih etmenin başlıca nedenleri olarak bulunmuştur (Yüksel ve ark., 2016). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada; daha kolay doğum yapma isteği ve doğum sonrası dönemin daha ağrısız geçmesi (%36,4), doğum sonunda iyileşmenin daha hızlı ve kolay olması (%32,4), anne için daha sağlıklı olması (%19,5), çevredekilerin öneri ve tavsiyesi (%13,9), sezaryenden korkma (%10,3) normal doğum tercih etmenin başlıca nedenleridir (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Hong Kong'da yapılan bir

çalışmada çinli nullipar gebeler 37. haftada normal doğum tercih etmelerinin en önemli nedenleri olarak; doğum sonrası toparlanmanın daha hızlı olması, doğumun doğal yolu olması, bebek için daha güvenli olması ve annelik duygusunu deneyimleme isteğini belirtmişlerdir (Panget *al.*, 2007). Diğer çalışmalarda da nedenlerin çalışmamızla oldukça benzer olduğu ve çoğu nedenin "daha sağlıklı" başlığı altında toplanabileceği görülmektedir.

Araştırmamızda ilk görüşmede sezaryen doğum tercih eden nullipar kadınlar sırasıyla en çok; normal doğum ağrısından korkma (%76,9), sezaryen doğumun daha kolay olması (%23,1), bebek için daha güvenli olduğunu düşünme (%15,4), çevresindekilerin önerisi (%15,4) ve epizyotomiden korkma (%7,7) nedenlerini belirtmişlerdir. Ülkemizde nulliparlarla yapılan başka bir çalışmada sezaryen tercih eden kadınların, tercih etme nedenleri; normal doğum korkusu (%56,2), bebeği riske atmak istememek (%50,0), doğum zamanını önceden belirleme (%18,7), üriner ve fekal inkontinanstan kaçınmak (%18,7), uterus prolapsusu ve cinsel fonksiyon bozukluğundan korunmak (%18,7), ileri yaş ve tüp ligasyon isteği (%18,7) olarak bildirilmiştir (Yüksel ve ark., 2016). Pang ve ark.'ın (2008) çalışmasında ise nullipar gebelerin sezaryen doğum tercih etmesindeki en sık bildirilen neden bebek için daha güvenli olması, daha az ağrılı olması ve vajinal doğum korkusu olmuştur. Nullipar gebelerin sezaryen doğum tercihlerinde normal doğum korkusu ve bebek için daha güvenli bir yol olduğunu düşünmek önemli yer tutmaktadır. Çalışmamızda gebelerin büyük kısmının diğer çalışmalarla benzer nedenlerden dolayı sezaryen tercih ettiği görülmektedir ve bu nedenleri "korku" başlığı altında toplamak mümkündür. Ancak çalışmamızda Normal doğum korkusunun gebeliğin erken dönemlerinde saptanarak; verilecek psikososyal destek ve eğitimin sezaryen oranlarını azaltabileceği bilinmektedir (Rouhe et al., 2013). Bu amaçla ülkemizde de gebe izleminin erken haftalarında; gebelerin doğum korkusunu belirlemeye yönelik geçerli ve güvenilir ölçme araçları kullanılarak yapılacak taramalar ve sonrasında uygulanacak gerekli müdahaleler ile anne isteğine bağlı sezaryenlerin önüne geçilebilir. Nullipar kadınların herhangi bir tıbbi neden olmadan sezaryen doğum istemelerindeki diğer bir önemli neden ise sezaryenin bebek sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu yanlış algısıdır. Oysa, DSÖ %10'un üstünde gerçekleşen sezaryen oranlarının bebek ölümlerinin azalması ile ilişkili olmadığını, bu azalmanın

sosyoekonomik faktörlere atfedilebileceğini bildirmiştir. Bu yanlış algının azaltılması için doğum öncesi bakım sürecinde aile sağlığı merkezleri, kadın doğum uzmanları, gebe bilgilendirme sınıfları ve gebe okullarında verilecek eğitimlerin içeriği kanıta dayalı ve standart olmalı ve sezaryenin sadece tıbbi gerekçelerle uygulandığında anne ve bebek sağlığına önemli katkıları olduğu vurgulanmalıdır (DSÖ,2015).

Araştırmamızda nullipar gebelerin ilk görüşmede tercih ettikleri doğum şekli eğitim düzeyi, gebe kalmak için tedavi görme, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme ve çevresinde kötü vajinal doğum deneyimi olan kişilerin olmasından etkilendiği bulunmuştur.

Araştırmamızda lise düzeyinde eğitime sahip olan nullipar kadınların ilk görüşmede sezaryen doğum tercih etme olasılığı, lise altı eğitime sahip kadınlara kıyasla 3,1 kat ($p=0,01$, CI:1,25-8,08) daha fazla olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız genel olarak diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte üniversite ve üzeri eğitim alanlarda çalışmamızda anlamlı fark yoktu. İran'da yapılan bir çalışmada lise ve üniversite mezunu kadınların, daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınlara göre sırası ile 1,8 ve 2,4 kat daha fazla sezaryen doğum planladıkları görülmüştür (Maharlouei et al., 2013). Benzer şekilde Brezilya'da yapılan bir çalışmada annenin eğitim aldığı süre arttıkça sezaryen doğum yapma olasılığını arttırdığını bulmuştur (Rebelo et al., 2010). Dursun ve ark.'nın (2011) Ankara'da yaptığı bir çalışmada kadınların eğitim düzeyleri ile tıbbi bir neden olmadan anne isteğiyle sezaryen doğum istemeleri arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Gebe kalmak için tedavi gören nullipar gebelerin; ilk görüşmede sezaryen doğum planlaması 4,0 kat ($p=0,00$ CI:1,49-10,74) daha olasıydı. Hong Kong'da yapılan bir çalışmada in vitro fertilizasyon ile gebe kalan nullipar gebelerin elektif sezaryen doğum planlama olasılığı 5,2 kat daha fazla bulunmuştur (Pang et al., 2007). İsveçte 1982 ile 1995 yılları arasında meydana gelen tüm gebelikler incelenmiş ve yaş, doğum yapılan yıl ve pariteye göre düzeltildikten sonra in vitro fertilizasyon ile gebe kalan kadınların sezaryen doğum yapma risklerinin 1,85 kat arttığı görülmüştür (Berg et al., 1999). Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünen kadınların; sezaryen doğumu tercih etme riskleri 4,7 kat fazladır ($p=0,00$

GA:2,06-10,88). Maharlouei ve ark.'nın (2013) çalışmasında da benzer şekilde sezaryen doğum hakkında yetersiz bilgi sahibi olan kadınların, sezaryen doğumu tercih etme riskleri 1,6 kat daha fazlaydı. Zhang ve ark.'nın (2017) çalışmasında sezaryen komplikasyonları hakkındaki bilgi eksikliği; kadınların sezaryen doğum tercihleriyle ilişkiliydi (OR: 3,6 p<0,05 GA:1,5-8,7).

Çevresinde kötü vajinal doğum deneyimi yaşayan kişilerin olması; nullipar gebelerin sezaryen doğum planlama riskini 2,9 kat arttırdığı görülmüştür (p=0,01 CI:1,25-6,87). Dünyada ve ülkemizde de pek çok nitel araştırma kadınların kötü vajinal doğum deneyimi yaşayan yakınları nedeniyle sezaryen doğuma yöneldiğini bildirmiştir (Boz et al., 2016, O'Donovan and O'Donovan, 2017). Kadınlar sağlık profesyonellerinden bilgi alamadıkları için, daha önce doğum yapmış akraba ve yakınlarından bilgi aldıklarını dile getirmişlerdir (Boz et al., 2016).

Diğer çalışmalarda da sonuçlarımızla benzer şekilde eğitim, gebe kalmak için tedavi görmek ve çevresinde kötü vajinal doğum deneyimi yaşayanların olması kadınların sezaryen tercihini etkilediği görülmüştür.

Çalışmamızda gebelerin doğum yapmayı planladıkları yere göre doğum şekli tercihleri anlamlı fark göstermese de özel hastanede doğum yapmayı planlayanların sezaryen tercihi daha fazlaydı. Çalışmamızda gözlere düşen sayının az olduğundan daha geniş bir popülasyonda özel hastane tercih edenlerde anlamlı fark çıkacağını düşünüyoruz. Yine çalışmamızda özel hastanede doğum yapmayı planlayan gebelerde anlamlı olarak daha fazla sezaryen doğum gerçekleşmişti. İstanbul'da yapılan bir çalışmada da anne isteğine bağlı sezaryenin özel hastanelerde devlet hastanelerinden daha fazla yapıldığı ayrıca belli bir eğitim seviyesine sahip olanların ve çalışan kadınların sezaryen ile doğumu ve özel hastaneleri daha fazla tercih ettikleri görülmüştür (Sıkar ve ark.,2013) Sezaryen yapılmasını isteyen kadınların özel hastane tercihi sosyoekonomik farktan mı yoksa kamu hastanelerinde anne isteğine bağlı sezaryen yapılmamasından mı kaynaklandığı bu çalışmanın sınırları dışındadır. Başka çalışmalarda özellikle niteliksel çalışmalarla bu konunun araştırılmasını öneriyoruz

Nullipar gebelerin %25'i ilk görüşmeye kadar doğum şekilleri hakkında eğitim/bilgi aldığını belirtmiştir. Bilgi alan gebeler en sık internet ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarından, daha sonra çevresindeki kişilerden, kadın doğum uzmanlarından bilgi almışlardır. Çok az sayıda gebe ebe ve hemşirelerden, aile hekimlerinden bilgi almıştı; küçük bir kısmı da mesleğinden dolayı bilgi sahibiydi. İran da yapılan bir çalışmada kadınlar doğum hakkındaki bilgilerini doğumla ilgili dergi, kitaplar, televizyon, aile üyeleri, sağlık merkezleri, özel doktorlar ve arkadaşlarından edindiklerini bildirmişlerdir (Aali and Motamedi, 2005). Ankara'da yapılan bir araştırmada kadınların doğum şekli ile ilgili bilgi almak için daha önce doğum yapmış akraba ve tanıdıklarına, kitaplara, arkadaşlarına, kendi ailesine ve kitle iletişim araçlarına başvurduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %16,0'sının doğum şekli ile ilgili bilgi almak için sağlık personeline başvurduğu ve en fazla tercih ettikleri sağlık personelinin doktor (%87,5) daha sonra ebe (%8,9) ve hemşire (%3,6) olduğu belirlenmiştir (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Daha önce doğum yapmamış ama ileride çocuk sahibi olmak isteyen Kanadalı gençler ile yapılan bir çalışmada bilgi kaynağını medya olarak belirten gençlerin; diğer bilgi kaynaklarını belirtenlere göre anlamlı bir şekilde daha fazla doğum korkusu yaşadığı ve sezaryen doğum tercih ettiği görülmüştür (Stollet *al.*, 2014). Brezilya'da popüler kadın dergilerinin sezaryen doğum ile ilgili yayınlarında, sezaryenin yararları risklerinden daha fazla yer aldığı; sezaryen ile ilgili uzun ve kısa vadeli ciddi komplikasyonlar göz ardı edildiği vurgulanmıştır (Torloni et al., 2011). Benzer şekilde Amerika'da yapılan bir çalışmada medyanın normal doğumu kontrol edilemez ve riskli; sezaryeni ise hayat kurtarıcı olarak dramatize ettiği görülmüştür (Morris and Mcinerney, 2010). Ülkemizde yapılan bir araştırmada kadınların sosyal medyada normal doğum söz konusu olduğunda en sık yardım ve bilgi isteyen mesajlar yazdıkları, doğum ağrısı ve doğum korkusu ile ilgili mesajların en çok okunan mesajlar olduğu, kullanıcıların normal doğum öykülerini birbirleriyle paylaştığı görülmüştür (Ay ve ark., 2017). günümüzde internet ve sosyal medyanın yoğun kullanımı göz önüne alındığında; bu mecralarda doğuma ilişkin verilen bilgilerin kişisel deneyimler ve bilgilerden çok kanıta dayalı olmasına yönelik girişimler kadınların doğru bilgi almasına katkı sağlayabilir. Bu amaçla tıbbi bilgi içeren sitelerin Sağlık Bakanlığı tarafından sertifikalandırılmaları faydalı olabilir.

Araştırmamıza katılan nullipar gebeler doğum şekline karar verecek kişinin; doktor tarafından bilgilendirildikten sonra kendisi (%37,9), doktor tarafından bilgilendirildikten sonra kendi ve eşi (%34,5), doktor (%24,1) ve doktor, ebe, hemşire ve kendisi (%3,4) olması gerektiğini bildirmişlerdir. Gözükara ve Eroğlu'nun çalışmasında kadınların planladıkları doğum şekline en sık kendilerinin (%57,6) karar vermek istediği; sonra sırasıyla annesi (%35,1), eşi (%30,5) ve yakın akrabalarından (%29,6) etkilendikleri bildirilmiştir. Kayseri' de yapılan bir araştırmada kadınlar doğum şekline kendisi ve hekimin (%40), hekimin (%32,3), kendisinin (%25,3) karar vermesi gerektiğini bildirmişlerdir (Borlu, 2008). Araştırmamızda nullipar gebelerin doğum şekline karar verme konusunda söz sahibi olmak istedikleri görülmüştür. Ülkemizde doğum şekli tercihinde etkilendikleri kişiler arasında doktorların etkisi azken yapılan araştırmalarda gerçekleşen doğum şeklinin çok büyük bir kısmına doktorun karar verdiği görülmüştür (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Eğer tek karar vericinin doktor olması gerektiğini varsayarsak bizim çalışmamız dahil diğer çalışmaların sonuçları da oldukça düşündürücüdür. Bu durum mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde bu konuda bir netlik olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Nullipar gebelerin neredeyse yarısı doğum şekli konusunda anne, eş, kayınvalide gibi yakınları tarafından yönlendirilmiştir. Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir araştırmada nullipar gebelerin normal doğum seçme nedenlerinden biri de etrafındaki kişilerin yönlendirmesi olmuştur. (Yüksel ve ark., 2016). Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada da gebe kadınların en sık anne, eş, yakın akraba ve kayınvalidelerinden etkilendikleri bulunmuştur (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Pang ve ark. çalışmasında nullipar kadınların gebeliğin 20. Ve 37. Haftasında sezaryen doğumu tercih etmesindeki en önemli belirleyici eşin sezaryen doğum tercihi olmuştur.

Gebelerin doğum şekilleri ile ilgili önermeleri 5'li likert şeklinde cevaplamaları istenmiştir. "Doğum, gerekmedikçe müdahale edilmemesi gereken doğal bir olaydır" ifadesine nullipar gebelerin %61,6'sı kesinlikle katılıyorum derken, %19,8'i katılıyorum demiştir. İran'da 204 gebe ile yapılan bir çalışmada gebeler "vajinal doğum, doğumun kabul edilebilir ve doğal yoludur" ifadesine %66,7 kesinlikle

katılıyorum, %25,7 katılıyorum demiştir. (Aali and Motamedi, 2005). Hindistan’da üçüncü basamak bir hastanede yapılan çalışma 100 gebe kadından 89’unun “vajinal doğum, doğumun kabul edilebilir ve doğal yoludur” ifadesine katıldıklarını bildirmiştir (Varghese *et al.*, 2016). Nullipar Kanadalı gebelerin katıldığı bir araştırmada gebelerin sadece %54,5’i doğumun genellikle tıbbi müdahale gerektirdiği ifadesine katılmadıklarını belirtmişlerdir (Klein *et al.*, 2011). Bu gelişmiş ülkelerde doğuma yapılan müdahalelerin daha fazla kabul gördüğü şeklinde yorumlanabilir.

“Normal doğumda sezaryene göre daha hızlı ve kolay iyileşme olur” ifadesine çalışmamızda ki gebelerin %85,3’ü tamamen katıldığını, %8,6’sı ise katıldığını belirtmiştir. Hindistan ve İran’da yapılan çalışmalarda da sonuçlarımızla benzer şekilde bu ifadeye gebeler sırasıyla %80 ve %88 oranında katılmışlardır (Varghese *et al.*, 2016, Aali and Motamedi, 2005). Kanada’da yapılan bir araştırmada “sezaryen doğumdan sonra toparlanmak, normal doğuma göre daha hızlıdır” ifadesine nullipar kadınların %86,3’ü katılmadığını belirtmiştir (Klein *et al.*, 2011). Bu önemli ve doğru bir bilgidir ancak sezaryen tercih edenlerin ve doğumu sezaryen ile sonuçlananların buna rağmen yüksek bir oranda olması "korku"nun önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

“Sezaryen sadece tıbbi zorunluluk durumunda yapılmalı” ifadesine nullipar gebelerin %29,7’si kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada nullipar kadınların %22,4’ü sezaryenin anne isteğine bağlı yapılabilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada gebelerin %13’ü tıbbi zorunluluk olmadan sezaryen doğumu tercih edebileceğini belirtmiştir (Çakmak ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada sağlık personeli olan ve olmayan kadınların ilk doğumlarında isteğe bağlı sezaryen olma sıklıkları araştırılmıştır. Sağlık personeli olan kadınların %37,7’si ve sağlık personeli olmayan kadınların %14,4’ünün isteğe bağlı sezaryen geçirdiği bildirilmiştir (Akyol ve ark., 2011). Bütün bu çalışmalarda tıbbi bir zorunluluk olmadan da sezaryen yapılmalı diyenlerin oranlarına baktığımızda sezaryenin rutin bir prosedür ve basitçe doğum yapmanın bir yolu olduğu algısının oldukça yaygın olduğu kanaatine varabiliriz. Eğer günün birinde

sezaryen kararı annenin tercihine bırakılacaksa bu operasyonun artı ve eksilerinin eşlere eksiksiz olarak anlatılması gereklidir.

Normal doğumdan sonra idrar kaçırma problemi olabilir ve cinsel hayat etkilenebilir ifadelerine sırasıyla gebelerin %32,8 ve %21,1'i katılırken, %53, %49,1'i fikri olmadığını belirtmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada sonuçlarımıza benzer şekilde sezaryen doğumun normal doğuma göre daha az üriner inkontinansa yol açacağı ifadesine kadınların büyük çoğunluğu (%49,4) fikri olmadığını belirtirken sadece %11,6'sı katıldığını ifade etmiştir. (Klein *et al.*, 2011). Ayrıca çalışmamızda sezaryen doğum planlayan nullipar gebelerin hiçbiri üriner inkontinanstan kaçınma ve cinsel hayatı koruma gibi nedenler bildirmemiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada idrar kaçırma, elektif sezaryen operasyonu istemi için bir risk faktörü olarak görülmüştür (Dursun *et al.*, 2011). Pekin'de yapılan bir çalışmada normal doğumun üriner ve fekal inkontinans komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olmanın kadınların vajinal ve sezaryen doğum tercihlerine etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak normal doğumun cinsel hayatı etkileyeceğini düşünmek sezaryen doğum tercih etmede etkili olmuştur (Zhang *et al.*, 2017).

Katılımcılarla yapılan ilk görüşmede normal vajinal doğum tercih ettiğini belirten gebelerin oranı %83,6 iken ikinci görüşmede bu oran %90'dı. Pang ve ark.'nın (2007) çalışmasında ise 20. Haftada %17,2 nullipar gebe elektif sezaryen planlarken 37. Haftada bu oran %12,7 olmuştur. Araştırmacılar bu sonucu gebelik ilerledikçe nullipar kadınların doğum şekli ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmasına bağlamışlardır. Araştırmamızda da benzer şekilde sezaryen planlayan ve kararsız gebeler ikinci görüşmede sıklıkla normal doğuma yöneldiği halde ulaşılamayan katılımcıların çoğunun normal doğum planlayan gruptan olması ve bazı kararsız gebelerin sezaryena kayması nedeniyle sezaryen oranı artmış gözükmektedir.

Araştırmamızın önemli bir sonucu da nullipar gebeler ilk ve ikinci görüşmede daha fazla normal doğum tercih ederken; gerçekleşen doğumlarda sezaryen doğumun çok daha fazla olmasıdır. Mazzoni ve ark.'nın (2016) araştırmasında da özel ve kamu kurumlarından bakım alan kadınların sırasıyla %6 ve %8'i sezaryen doğum tercih ettiklerini bildirmesine rağmen; normal doğum tercih eden kadınların sırasıyla %40ve %34'ü sezaryen doğum gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada daha önce vajinal

doğum yapmak istediğini belirten kadınların; elektif sezaryen olmasını gerektiren tıbbi endikasyonlar sadece %13 idi. Bu bulgular sezaryen doğum kararında kadınların tercihleri ve tıbbi zorunluluklar dışında belirleyicilerin olduğunu düşündürmektedir. Sezaryen doğum sonrası vajinal doğumdaki dramatik azalma nedeniyle, primer sezaryen oranının azaltılması, sezaryen doğum oranını bir bütün olarak etkilemek için en iyi fırsatı sunar. Tüm dünyada ve ülkemizde nullipar kadınların elektif sezaryen tercihleri; primer sezaryen oranlarını açıklayacak düzeyde değildir. Araştırmamızda sırasıyla %5,6 ve %8,5 olan sezaryen doğum tercihinine rağmen kadınların %44,3'ü ilk doğumlarını sezaryen ile yaptı. Kadınların hamilelikleri sürecinde planladıkları doğum şeklinin değişimi; doğum şekilleri ile ilgili bilgi edinme ve tutum geliştirme sürecinin gebelik boyunca devam eden dinamik bir süreç olmasından kaynaklanabilir. Aile, yakın çevre, medya, sağlık çalışanları gibi farklı kaynaklardan bilgi alan; kanıtı veya kişisel deneyimlere bağlı bilimsel ve bilimsel olmayan bilgilere maruz kalan ve bu bilgilerden farklı derecelerde etkilenen kadınların görüşlerinin süreç içinde değişmesi olasıdır. Doğum eylemi başladıktan sonra fetal kalp atım trasesi ve ilerlemeyen eylem gibi endikasyonların daha çok bakım sağlayıcının kararına ve hastaya verdiği bilgi ve hastayı karara dahil etmesine bağlı olduğu görülmüştür. Bunun gibi net olmayan endikasyonlar ve kısa süre içinde verilmesi gereken kararlarda doktorun ve hastanın belirsizliğe toleransı da kararı etkileyebilir (Kaimal and Kuppermann, 2012, Nealet al., 2018).

Eğer tek karar vericinin doktor olduğunu düşünürsek son haftalarda doktorun fikrini değiştiren beklenmeyen durumların meydana geldiği düşünülebilir. Bu açıklanması zor bir sonuçtur. Bu konuda niteliksel araştırmaların da yer aldığı daha geniş araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda birinci görüşmede sezaryen tercih etme oranı %5,6, ikinci görüşmede %8,5 olmasına ve doktorların da önerilerinin bu oranlara yakın olmasına rağmen sezaryen gerçekleşme oranı %44,3 gibi yüksek bir değere ulaşmıştır. Artan sezaryen oranlarının açıklanmasında sıklıkla başvuru nedenlerinden biri olan anne tercihine bağlı sezaryen oranları; bizim araştırmamızda da literatürdeki diğer araştırmalara benzer şekilde artan sezaryen oranlarını açıklamaktan çok uzaktadır. Her ne kadar çalışma topluma genellenemese de bu değişimin ciddi olarak araştırılmasını öneriyoruz. Çeşitli hipotezler geliştirilebilir ancak konunun tarafları (sağlık yöneticileri, kadın doğum uzmanları, ebeler, anne-baba adayları) ile niteliksel araştırmalar bu konuya önemli katkı sağlayacaktır.

Artan sezaryen oranlarını açıklamak için anne tercihi yanında; sağlık hizmeti sunucuları, gebelik ve doğum sırasındaki bakım hizmetlerinin niteliği, gebelik süresince verilen danışmanlık hizmetlerinin niteliği, hastanelerde vajinal doğumu yönetebilecek nitelik ve nicelikte ebelerin varlığı ve ülkelerin sağlık politikaları da incelenmelidir. Anne ve çocuk sağlığında yaşanan iyileşmelere rağmen artan malpraktis davaları, kadın doğum uzmanlarının gebelik ve doğum sürecinde yalnız bırakılması, gebelerin ve ailelerin komplikasyonlara karşı sıfır toleransı, hizmet sağlayıcılarının doğum eylemini yönetme ve kontrol etmeye yönelik girişimlerini arttırmaya neden olmuştur. Malpraktis davaları ve sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının temelinde karşılıklı güven kaybının yattığını varsayarsak sezaryen oranlarının istenen düzeylere düşürülmesinin de konunun bütün taraflarının dahil olduğu uzun yıllara yayılan çabaların sonucunda gerçekleşebileceğini düşünüyoruz.

Nullipar kadınların doğum şekli tercihinde gebe kalma şeklinin, doğum şekilleri ile ilgili bilgi düzeyinin, çevresinde kötü vajinal deneyimi olan yakınlarının varlığının

ve eğitim düzeyinin etkili olduğu saptanmıştır. Gebe kalmak için tedavi gören kadınların literatüre benzer şekilde daha çok sezaryen doğum planlaması; bu kadınların çocuğun sağlığına dair artmış kaygıları ve normal doğum yapabileceklerine dair özgüven eksikliği sebebiyle olabilir. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan bu özel gruba, doğum kaygısına yönelik müdahalelerin daha erken dönemde ve yoğun olarak uygulanması sezaryen doğum planlama riskinin azaltılmasını sağlayabilir.

Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmamak ve çevresinden kötü vajinal doğum öyküleri duymak sezaryen doğum planlamasında önemli etkenlerdir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında kanıta dayalı olarak verilecek danışmanlık hizmetlerinin kadının ihtiyacı olan bilgiye ulaşmasında en önemli yoldur. Yapılan bazı nitel çalışmalarda gebeler sağlık personellerinin sorularına karşı ilgisiz kaldığı ve doğum şekilleri hakkında bilgi vermediklerini bildirilmiştir (Boz et al., 2016). Bu amaçla gebe sınıfları ve okulları kadınların bilgi ihtiyaçlarına cevap verebilecek, kadını fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak doğuma hazırlayabilecek nitelikte olmalıdır. Gebelere verilen eğitimler ile kadınların çevresinde yaşayan kadınların deneyimlerine bağlı, öznel anlatımlarından etkilenmelerinin; bu deneyimleri bir bilgi kaynağı olarak görmelerinin önüne geçilebilir.

Yaşadığımız çağda internet ve sosyal medyanın bilgi edinmek için artan kullanımı göz önüne alınarak gebe kadınların kanıta dayalı temel bilgilere ulaşabileceği, gebelik ve doğum korkusunun ölçülebileceği, doğum şekilleri ve komplikasyonları ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilebileceği geçerli ve güvenilir çevrimiçi anketlerin yer aldığı, sonuçların değerlendirildikten sonra kadınların ihtiyaçlarına yönelik çözümlerin bulunduğu Sağlık Bakanlığı'nın koordine ettiği internet siteleri ve sosyal medya hesapları gebelerin bilgilendirilmesinde yararlı olabilir.

Sonuç olarak, Türkiye 2015 yılında % 53,1 sezaryen oranıyla OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer almıştır. Bizim çalışmamızda da gebelerin ezici bir çoğunluğunun başta normal doğum tercih etmesine rağmen %44,3'ünün doğumu sezaryen ile gerçekleşmiştir. DSÖ'ye göre bu ciddi bir sorundur. İlerde bu alanda yapılacak her türlü niceliksel ve niteliksel araştırmanın değerli olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

Aali BS, Motamed, B. (2005). Women's Knowledge And Attitude Towards Modes Of Delivery İn Kerman, Islamic Republic Of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(4), 663.

Abenhaim HA, Tulandi T, Wilchesky M, Platt R, Spence AR, Czuzoj Shulman, N, Suissa S. (2018). Effect Of Cesarean Delivery On Long-Term Risk Of Small Bowel Obstruction. *Obstetrics&Gynecology*, 131(2), 354-359.

Ackermann Liebrich U, Voegeli T, Gunter Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, Zurich Study Team. (1996). Home Versus Hospital Deliveries: Follow Up Study Of Matched Pairs For Procedures And Outcome. *Bmj*, 313(7068), 1313-1318.

Aksakoğlu G. (2003). Dünya Sağlık Örgütü Ve Sağlık Politikalarında Değişim. *Sol*, 199, 41-45.

Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. (2011). Sağlık Personelinin Doğum Şekli Ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. *JOPP Dergi* 3(2), 55-63.

Arikan DC, Ozer A, Arikan İ, Coskun A, Kıran H. (2011). Turkish Obstetricians' Personal Preference For Mode Of Delivery And Attitude Toward Caesarean Delivery On Maternal Request. *Arch Gynecol Obstet*, (284), 543-549

Arrieta A. (2011). Health Reform And Cesarean Sections İn The Private Sector: The Experience Of Peru. *Health Policy*, 99(2), 124-130.

Ay F, Ekmekçi KA, Batuhan F, Oğuz A. (2019). Kadınlar Sosyal Medyada Normal Doğum Eylemi ile İlgili Ne Paylaşıyor? *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1).

Bergh T, Ericson A, Hillensjö T, Nygren KG, Wennerholm UB. (1999). Deliveries And Children Born After In-Vitro Fertilisation In Sweden 1982–95: A Retrospective Cohort Study. *The Lancet*, 354(9190), 1579-1585.

Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. (2016). The Increasing Trend In Caesarean Section Rates: Global, Regional And National Estimates: 1990-2014. *Plo Sone*, 11(2), e0148343.

Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJ, Barros FC, Juan L, Neto DDLR. (2018). Global Epidemiology Of Use Of And Disparities In Caesarean Sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348.

Bonanno G. (2002). Information, Knowledge And Belief. *Bulletin Of Economic Research*, 54(1), 47-67.

Borlu, A. (2008). 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, Kayseri.

Boz I, Teskereci G, Akman G. (2016). How Did You Choose A Mode Of Birth? Experiences Of Nulliparous Women From Turkey. *Women Birth*, (29), 359-367.

Cahill HA. (2001). Male Appropriation And Medicalization Of Childbirth: An Historical Analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(3), 334-342.

Chong ESY, Mongelli M. (2003). Attitudes Of Singapore Women Toward Cesarean And Vaginal Deliveries. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*, 80(2), 189-194.

Cindoglu D, Sayan-Cengiz F. (2010). Medicalization Discourse And Modernity: Contested Meanings Over Childbirth In Contemporary Turkey. *Health Care for Women International*, 31(3), 221-243.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams obstetrics 25th edition*. USA: McGraw-Hill; 2018.

Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. (2014). Kadınların İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri. Fırat Tıp Dergisi, 19(3), 122-125.

Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, MadaniA, Zare,S. (2016). The Differences Between Pregnant Women Who Request Elective Caesarean And Those Who Plan For Vaginal Birth Based On Health Belief Model. Womenand Birth, 29(6), 126-132.

Department of Reproductive Healthand Research, Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, World Health Organization 2015

Dursun P, Yanik FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscu E, Ayhan A. (2011). Why Women Request Cesarean Section Without Medical İndication?. The Journal of Maternal, Fetal, Neonatal Medicine, 24(9), 1133-1137.

Fahmy WM, Crispim CA, Cliffe S. (2018). Association Between Maternal Death And Cesarean Section İn Latin America: A Systematic Literature Review. Midwifery, 59, 88-93.

Goer H, Leslie MS, Romano A. (2007). Step 6: Does Not Routinely Employ Practices, Procedures Unsupported By Scientific Evidence: The Coalition For Improving Maternity Services. The Journal Of Perinatal Education, 16, 32S.

Gözükara F, Eroğlu K. (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 15(1), 32-46.

Hotelling BA. (2007). The Coalition For Improving Maternity Services: Evidence Basis For The Ten Steps Of Mother-Friendly Care. The Journal of perinatal education, 16(2), 38.

Jansen L, Gibson M, Bowles BC, Leach J. (2013). First Do No Harm: İnterventions During Childbirth. The Journal of Perinatal Education, 22(2), 83-92.

Joshi A, Thapa M, Panta OB. (2018). Maternal Attitudeand Knowledge Towards Modes of Delivery. Journal of Nepal Health Research Council, 16(2), 209-214.

Kaimal AJ, Kuppermann M. (2012). Decision Making For Primary Cesarean Delivery: The Role Of Patient And Provider Preferences. In *Seminars in perinatology*, 36(5). 384-389.

Keag OE, Norman JE, Stock SJ. (2018). Long-Term Risks And Benefits Associated With Cesarean Delivery For Mother, Baby, And Subsequent Pregnancies: Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 15(1).

Klein MC, Kaczorowski J, Hearps SJ, Tomkinson J, Baradaran N, Hall WA, McNiven P, Brant R, Grant J, Dore S, Brasslet-Latulippe, A, Fraser WD. (2011). Birth Technology And Maternal Roles In Birth: Knowledge And Attitudes Of Canadian Women Approaching Childbirth For The First Time. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(6), 598-608.

Kurtdaş MÇ. (2017). Medikalizasyon Süreci, Sağlıkın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (27), 983-1012.

Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. (2013). Preferences For Mode Of Delivery İn Nulliparous Argentinean Women: A Qualitative Study. *Reproductive health*, 10(1), 2.

Maharlouei N, Rezaianzadeh A, Hesami E, Moradi F, Mazloomi E, Joulaei H, Lankarani KB. (2013). The Preference Of Iranian Women To Have Normal Vaginal Or Cesarean Deliveries. *The Official Journal Of Isfahan University Of Medical Sciences*, 18(11), 943.

Marshall NE, Fu R, Guise JM. (2011). Impact Of Multiple Cesarean Deliveries On Maternal Morbidity: A Systematic Review. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 205(3), 262.

Mazar I. (2018). Natural Childbirth. Salem Press Encyclopedia of Health. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=87323938&lang=tr&site=eds-live&scope=site&authtype=ip,uid>

Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. (2011). Women's Preference For Caesarean Section: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Observational Studies. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics Gynaecology*, 118(4), 391-399.

Mazzoni A, Althabe F, Gutierrez L, Gibbons L, Liu NH, Bonott, AM, Denett GZ. (2016). Women's Preferences And Mode Of Delivery In Public And Private Hospitals: A Prospective Cohort Study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 34.

Morris T, McInerney K. (2010). Media Representations Of Pregnancy And Childbirth: An Analysis Of Reality Television Programs In The United States. *Birth*, 37(2), 134-140.

Neal JL, Lowe NK, Caughey AB, Bennett KA, Tilden EL, Carlson NS, Dietrich MS. (2018). Applying A Physiologic Partograph To Consortium On Safe Labor Data To Identify Opportunities For Safely Decreasing Cesarean Births Among Nulliparous Women. *Birth*, 45(4), 358-367.

O'donovan C, O'donovan, J (2018). Why Do Women Request An Elective Cesarean Delivery For Non-Medical Reasons? A Systematic Review Of The Qualitative Literature. *Birth*, 45(2), 109-119.

Özkan S, Aksakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. (2013). Kadınların Doğum Yöntemi Tercihi Ve İlişkili Faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 11(2), 59-71.

Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. (2008). Severe Maternal Morbidity And The Mode Of Delivery. *Actaobstetricia et gynecologica Scandinavica*, 87(6), 662-668.

Panda S, Begley C, Daly D. (2018). Clinicians' Views Of Factors Influencing Decision-Making For Caesarean Section: A Systematic Review And Metasynthesis Of Qualitative, Quantitative And Mixed Methods Studies. *PLoS ONE* 13(7).

Pang SM, Leung DT, Leung TY, Lai CY, Lau TK, Chung TK. (2007). Determinants Of Preference For Elective Caesarean Section In Hong Kong Chinese Pregnant Women. *Hong Kong Medical Journal*, 13(2), 100.

Pang MW, Leung TN, Lau TK, HangChung T K. (2008). Impact Of First Childbirth On Changes In Women's Preference For Mode Of Delivery: Follow-Up Of A Longitudinal Observational Study. *Birth*, 35(2), 121-128.

Pang MW, Lee TS, Leung AKL, Leung TY, Lau TK, Leung TN. (2007). A Longitudinal Observational Study Of Preference For Elective Caesarean Section Among Nulliparous Hong Kong Chinese Women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology*, 114(5), 623-629.

Rebelo F, Da Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. (2010). High Cesarean Prevalence In A National Population-Based Study In Brazil: The Role Of Private Practice. *Actaobstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(7), 903-908.

Rouhe H, SalmelaAro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. (2013). Obstetric Outcome After Intervention For Severe Fear Of Childbirth In Nulliparous Women Randomised Trial. *BJOG*, 120(1), 75-84.

Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Taylor P. (2018). Short-Term And Long-Term Effects Of Caesarean Section On The Health Of Women And Children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357.

Sarikaya E. (2017). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Ankara.

Sayiner FD, Özerdoğan N. (2009). Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 143-148.

Serçekuş P, Egelioglu N, Hatice F. (2015). Birth Preferences by Nulliparous Women And Their Partners In Turkey. *Sexual And Reproductive Healthcare*, 6, 182-185.

Sewell JE. (1993). Cesarean section-a brief history. A brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine, 30.

Sıkar D, Yaşar L, Battaloğlu İB, Yaşar N. (2013). Eski Sezaryenli Gebelerin Demografik Özellikleri Ve İlk Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1), 3-7

Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. (2014). Why Are Young Canadians Afraid Of Birth? A Survey Study Of Childbirth Fear And Birth Preferences Among Canadian University Students. *Midwifery*, 30(2), 220-226.

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). Guidelines For Caesarean Section.

Thomasson MA, Treber J. (2008). From Home To Hospital: The Evolution Of Childbirth In The United States, 1928–1940. *Explorations in Economic history*, 45(1), 76-99.

Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP, Merialdi M. (2011). Portrayal Of Caesarean Section In Brazilian Women's Magazines: 20 Year Review. *Bmj*, 342, 276.

Vatansever Z, Okumuş H. (2017). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2).

Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Hernandez B. (2015). Use Of The Robson Classification To Assess Caesarean Section Trends In 21 Countries: A Secondary Analysis Of Two WHO Multicountry Surveys. *The Lancet Global Health*, 3(5), 260-270.

Vural G, Şentürk Erenel A. (2017). Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azaltabilir Miyiz?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4 (2), 76-83.

Wiklund I, Edman G, Andolf E. (2007). Cesarean Section On Maternal Request: Reasons For The Request, Self-Estimated Health, Expectations, Experience Of Birth And Signs Of Depression Among First-Time Mothers. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(4), 451-456.

World Health Organization (WHO) (2018). WHO Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. Geneva.

Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Aker SŞ, Koç A. (2016). TheViews Of Nulliparous Pregnant Women On The Types Of Delivery. Turkish Journal Of Obstetrics And Gynecology, 13(3), 127.

Zhang H, WuJ, Norris J, Guo L, Hu Y. (2017). Predictors Of Preference For Caesarean Delivery Among Pregnant Women In Beijing. Journal Of International Medical Research, 45(2), 798-807.

Zwelling E. (2008). The Emergence Of High-Tech Birthing. Journal Of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing, 37(1), 85-93.



EK -1 ANKET FORMU

GEBELERİN DOĞUM ŞEKİLLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUMLARI VE GEBELİK SÜRECİNDE DOĞUM TERCİHLERİNİN İNCELENMESİ

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Gebelerin sezaryen ve normal doğum ile ilgili bilgi-tutumları ve doğum tercihlerini incelemek için yapılmaktadır. Elde edilen bilgiler, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

- 1) Yaşınız:
- 2) Gebelik haftanızı belirtiniz:
- 3) En son bitirdiğiniz okul hangisidir?
 - A.Okur yazar değil
 - B.Okur yazar
 - C.İlkokul mezunu
 - D.Ortaokul mezunu
 - E.Lise mezunu
 - F.Üniversite mezunu
 - G.Yüksek lisans/Doktora mezunu
- 4) Evinize bir ayda giren toplam para miktarı sizce aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?
 - A.Çok az
 - B.Az
 - C.Yeterli
 - D.Fazla
 - E.Çok fazla
- 5) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

A.Evet

B.Hayır

6) Evde kiminle yaşıyorsunuz?

A.Eşimle

B. Eşim ve aile büyükleriyle

C. Diğer (.....

7)Gebeliğiniz istemli/planlı bir gebelik mi?

A.Evet

B.Hayır

8)Gebe kalmak için tedavi gördünüz mü?

A. Evet

B. Hayır

9) Hayatınız boyunca hiç düşük (20. Gebelik haftasından önce bebeğin kaybedilmesi) yaşadınız mı?

A.Evet, kez yaşadım.

B.Hayır

10)Doğumu nerede yapmayı planlıyorsunuz?

A.Üniversite-Eğitim Araştırma hastanesinde

B.Devlet hastanesinde

C.Özel hastanede

D.Evde

E.Diğer.....

11) Tıbbi bir problem olmazsa bu gebeliğinizde hangi doğum şeklini seçmek istersiniz?

A.Normal vajinal doğum

B.Sezaryenle doğum

C.Kararsızım

Neden? (Birden fazla neden yazılabilir)

.....
.....

12)Bu gebeliğinizde doğum şekli/yöntemi hakkında herhangi bir bilgi veya eğitim aldınız mı?

A.Evet

B.Hayır

13)(Yukarıdaki soru evet ise yanıtlanacak) Doğum şekli/yöntemi hakkında kimden/nereden bilgi aldınız? (Birden çok şık işaretlenebilir)

A.Aile hekiminden

B.Kadın doğum doktorundan

C.Ebe-hemşirelerden

D.İnternet-televizyondan

E.Diğer.....

14)Doğum şekilleriyle ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

A.Evet

B.Hayır

C.Kısmen

15) Sizce doğum şekline kim karar vermeli?

A.Hekim karar vermeli

B.Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben vermeliyim

C.Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben ve eşim vermeliyiz

D.Hekim, hemşire-ebe ve ben kararı birlikte vermeliyiz

E.Diğer.....

16)Doğum şeklinizin nasıl olacağıyla ilgili eşiniz/anneniz/kayınvalideniz vb sizi yönlendirmeye çalıştı mı?

A.Evet

B.Hayır

16)Çevrenizde(arkadaş-akraba vb) kötü normal vajinal doğum deneyimi yaşayan oldu mu?

A.Evet

B.Hayır

17)Çevrenizde(arkadaş-akraba vb) kötü sezaryen deneyimi yaşayan oldu mu?

A.Evet

B.Hayır

18)Sizce en ideal doğum şekli hangisidir?

A.Normal vajinal doğum

B.Sezaryenle doğum

C.Kararsızım

19) Kaç çocuk sahibi olmayı planlıyorsunuz?.....

20) Aşağıdakilerden size en uygun seçeneği işaretleyin.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Doğum, gerekmedikçe müdahale edilmemesi gereken doğal bir olaydır					
Normal doğumda sezaryene göre daha hızlı ve kolay iyileşme olur					
Sezaryen sadece tıbbi zorunluluk durumunda yapılmalı					
Normal doğum anne için daha sağlıklıdır					
Sezaryenden sonra emzirmeyle ilgili problemler daha sık yaşanır					
Sezaryen daha konforludur					
Normal doğum daha çok sayıda doğum yapabilmeye izin verir					
Normal doğumda daha az kanama ve enfeksiyon riski vardır					
Nadir de olsa normal doğumdan sonra idrar kaçırma problemi olabilir					
Nadir de olsa normal doğumdan sonra cinsel hayat etkilenebilir					

Telefon numarası ve adınız gebeliğin ileri haftalarında size doğum şekilleriyle ilgili bir kaç soru daha sorma amacıyla istenmektedir.

İSİM- TELEFON NUMARASI

1-.....

2-.....

İKİNCİ GÖRÜŞME (36.HAFTA VE SONRASINDA)

Tıbbi zorunluluk olmazsa hangi doğum şeklini tercih ederdiniz?.....

Doktorunuzun önerdiği doğum şekli nedir?.....

Gebelikte önemli bir hastalık ya da sağlık problemi yaşadınız mı?.....

Hastanenin gebe okulu eğitimlerini tamamladınız mı?.....

ÜÇÜNCÜ GÖRÜŞME (DOĞUM SONRASI)

Gerçekleşen doğum şekli:.....

EK-2 ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.02.2018-E.2929



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/47
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 07.02.2018 tarihli 52 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Nullipar Gebelerin Doğum Şekilleri İle İlgili Bilgi Tutumları Ve Gebelik Sürecinde Doğum Tercihlerinin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
23...1...02/2018.

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEK446TZA>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



EK -3 ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Nazan BEDİR

Doğum yeri ve tarihi: Midyat/16.01.1985

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: nazanbedir@gmail.com 05053445293

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2014-2019: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2009-2014: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı

2002-2008: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Araştırma Görevlisi: 2014-....

IV- Mesleki Deneyimi

2008-2009 Diyarbakır 112 Acil Sağlık Hizmetleri

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Epidemiyoloji, Kadın Sağlığı

Yayımları:

Şerik, B., Erdoğan, N., Ekerbiçer, H. Ç., Demirbaş, M., İnci, B. M., **Bedir N.**, ...

&Erkorkmaz, Ü. (2016). Sakaryada Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi, 6(2).

Tok Ş, Şerik B, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, Demirbaş M, **Bedir N**, Köse E, Karabel MP, Kibar F. (2017). Sakarya’ da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.39-46

Bedir N, Ekerbiçer HÇ, İnci MB, Köse E, Karatepe TU, Demirbaş M, Karabel MP, Erdoğan N, Tok Ş, Kibar F, Sancar Ö. (2017). Sakarya’ da Yaşayan Bir Grup Kadının Şiddet Algı Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.187-195

Tok Ş, Erdoğan N, **Bedir N**, Köse E, İnci MB, Demirbaş M, Karabel MP, Aktan F, Ekerbiçer HÇ. (2017). Üniversite öğrencileri akıllı telefona bağlıyor mu?.19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.463

Tok Ş, Bilal Ş, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, Demirbaş M, **Bedir N**, Köse E, Karabel MP, Kibar F. (2017). Sakarya’da aile sağlığı merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.406

Erdoğan N, Karabel MP, Tok Ş, **Bedir N**, Köse E, İnci MB, Demirbaş MB, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2017). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.405

İnci MB, Muratdağı G, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, **Bedir N**, Erdoğan N, Karabel MP, Kibar F, Tok Ş, Köse E, Sancar Ö, Karatepe TU. Sakarya ili Serdivan ilçesinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin benlik saygısı ve yaşam doyumu düzeyleri ve bu düzeylerle ilişkili faktörler (2017). 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.460

Köse E, **Bedir N**, Erdoğan N, Demirbaş M, İnci MB, Karabel MP, Tok Ş, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2012). İl merkezine uzak bir ilçede akılcı ilaç kullanımını bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.245

Köse E, **Bedir N**, Ekerbiçer HÇ. (2018). Bir grup öğrencide beden algısı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongre Kitabı. Adana s. 962-963

Erdoğan N, Karabel MP, Köse E, Kibar F, Demirbaş M, İnci MB, **Bedir N**, Tok Ş, Sancar Ö, Ekerbiçer HÇ. (2018). Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin akılcı ilaç kullanımını hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları ile bunu etkileyen bazı özelliklerin değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 20 Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı s.916-917