



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERİN DOĞUMA HAZIR OLUŞLUK, DOĞUM KORKUSU
VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ
TERCİHLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

DAMLA ŞAHİN BÜYÜK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. AYNUR ÇETİNKAYA

MANİSA-2017

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Damla ŞAHİN BÜYÜK

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tım aőamalarında bilgi ve deneyimleriyle bana ışık tutan, beni her anlamda destekleyen değerli hocam ve danıőmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tım gebelere,

Desteklerinden dolayı sevgili arkadaşlarım Nurcan BİLGİN, Ali TAYHAN ve Fatma UYAR'a

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eőim Merdan BÜYÜK'e ve aileme TEŞEKKÜR EDERİM.

Damla ŞAHİN BÜYÜK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. DOĞUM OLGUSU.....	7
4.1.1. Normal Doğum.....	8
4.1.1.1. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler.....	9
4.1.1.1.1. Doğum kanalı.....	9
4.1.1.1.2. Kemik pelvis.....	9
4.1.1.1.3. Serviksin silinmesi ve dilatasyonu.....	10
4.1.1.1.4. Fetüs (Doğum Objesi).....	10
4.1.1.1.5. Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler.....	11
4.1.1.1.6. Gebenin psiko-sosyal durumu.....	12
4.1.2. Sezaryen Doğum.....	13
4.1.2.1. Sezaryen Doğum Endikasyonları.....	14
4.1.2.1.1. Fetal endikasyonlar.....	14
4.1.2.1.2. Maternal endikasyonlar.....	14
4.1.2.1.3. Travay ve doğumla ilişkili endikasyonlar.....	15
4.1.2.1.4. Plasenta ve umbilikal korda ilişkin endikasyonlar.....	15
4.1.2.2. Sezaryen Doğum Nedenleri.....	15
4.1.2.3. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum.....	20
4.1.2.4. Sezaryen Sonrası Vajinal (Normal) Doğum.....	26

4.2.DOĞUM ŞEKLİNE KARAR VERME SÜRECİ.....	28
4.2.1. Karar Verme Stilleri.....	30
4.3. DOĞUM ŞEKLİNE KARAR VERME SÜRECİNDE ETKİLİ FAKTÖRLER.....	32
4.3.1. Doğuma Hazır Oluşluk.....	32
4.3.2. Doğum Korkusu.....	34
4.3.3. Bilinçli Farkındalık.....	36
4.3.3.1. Bilinçli Farkındalık Anlarının Özellikleri.....	38
4.4. KONUYLA İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR.....	39
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
5.1. Araştırmanın Amacı.....	41
5.2.Araştırmanın Tipi.....	41
5.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	41
5.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	41
5.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	42
5.6.Araştırma Soruları.....	43
5.7.Veri Toplama Araçları.....	43
5.7.1.Gebe Tanıtım Formu.....	43
5.7.2.Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ).....	43
5.7.3.Bilinçli Farkındalık Ölçeği.....	44
5.8.Veri Toplama Yöntemi.....	45
5.9.Verilerin Analizi.....	45
5.10.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
5.11.Araştırmanın Etik Boyutu.....	46
6. BULGULAR.....	47
6.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri, Doğum Tercihleri ve Nedenlerine İlişkin Bulgular	47
6.2. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerine İlişkin Bulgular	53
6.3. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular	57
7. TARTIŞMA	64

7.1. Gebelerin Doğum Tercihleri ve Nedenlerinin İncelenmesi.....	64
7.2. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi.....	66
7.3. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi.....	66
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
8.1. Sonuç.....	74
8.2. Öneriler.....	75
9. KAYNAKLAR.....	77
10. EKLER.....	88
11. ÖZGEÇMİŞ.....	101

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

CAA: Çeyrekler Arası Aralık

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

PKDÖ: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

SSVD: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Doğurganlıktaki Eğilimler.....	18
Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Yapılan Doğumların Sezaryen ve Primer Sezaryen Oranları, (%), Türkiye.....	23
Tablo 3. Yıllara Göre Sezaryen ve Primer Sezaryenlerin Tüm Doğumlar İçindeki Payı (Yıllara Göre Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Göstergeleri).....	24
Tablo 4. Araştırmanın Yürütüleceği ASM Bölgelerinin Sosyo-ekonomik Sınıflandırması.....	42
Tablo 5. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri (n=363)	47
Tablo 6. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenleri.....	49
Tablo 7. Gebelerin Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu Alt Ölçekleri ile Bilinçli Farkındalık Ölçeklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (n=363).....	50
Tablo 8. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi (n=363).....	50
Tablo 9. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerine Göre Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=363).....	53
Tablo 10. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerine Göre Doğum Korkusu Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=363)	54
Tablo 11. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerine Göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=363)...	55
Tablo 12. Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçekleri ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=363).....	56
Tablo 13. Çoklu Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler Listesi ve Kodlamaları.....	57
Tablo 14. Gebelerin Doğum Şekli Tercihini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modeli Sonuçları.....	58

Tablo 15. Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Gücü ve Uyum İyiliği Değerleri.....	60
Tablo 16. Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Ayırım Gücü (Sınıflandırma Başarısı).....	60
Tablo 17. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler Listesi ve Kodlamaları (n=14).....	61
Tablo 18. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modeli (n=143).....	62
Tablo 19. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Gücü ve Uyum İyiliği Değerleri.....	62
Tablo 20. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Ayırım Gücü (Sınıflandırma Başarısı).....	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Yaşa Özel Doğurganlık Hızlarındaki Değişimler.....	19
Şekil 2. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Her 100 Canlı Doğum Başına Sezaryen Oranı.....	21
Şekil 3. Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2014.....	23
Şekil 4. Bölgelere Göre Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%) 2002, 2014.....	25
Şekil 5. Karar Verme Süreci.....	29
Şekil 6. Bilinç Durumu ve Beyin Yanıtlılığı Arasındaki İlişki.....	36
Şekil 7. Bilinçli Farkındalığın Boyutları.....	37

Başlık: Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi

Öğrencinin adı: Damla ŞAHİN BÜYÜK

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

1. ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı gebelerin doğum şekli tercihlerinde doğuma hazır oluşlukları, doğum korkuları ve bilinçli farkındalık düzeylerinin etkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma analitik kesitsel tipte planlandı. Araştırmanın evrenini Manisa Merkez ilçe aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebeler (N= 4881); örneklemini ise bu aile sağlığı merkezleri arasından kura ile seçilen 6 aile sağlığı merkezine kayıtlı, araştırmaya katılmaya gönüllü 363 gebe oluşturdu. Veriler “Gebe Tanıtım Formu”, “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği”nin “Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu” alt ölçekleri ve “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” ile toplandı. Verilerin analizinde normal dağılıma uygunluk testi, tek değişkenli analizler ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalamalarının $27,69 \pm 5,31$ ve %56,7’sinin orta gelir grubunda olduğu, %25,3’ ünün lise mezunu olduğu, %37,7’ sinin sezaryen, %62,3’ünün ise normal doğum tercih ettiği, %39,4’ünün ilk gebeliği olduğu, %58,62’sinin daha önce normal doğum yaptığı saptandı. Gebelerin doğum şekli tercihi ile Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu Alt Ölçekleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Yapılan binary lojistik regresyon modelinde gebelerin doğum şekli olarak sezaryen doğum tercih etmelerindeki varyansın %65,2’sinin model ile açıklandığı belirlendi. Modelde önceki doğum şekli, en uzun süre yaşanan yerleşim birimi ve doğum korkusu yer aldı. Ancak primiparlar için bu kararda, gebenin yaşı, çalışma durumu ve doğum korkusu belirleyici olarak bulundu (Varyansın 40,2’sini açıklayan).

Sonuçlar: Gebelerin doğum tercihlerinde doğuma hazır oluş, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık düzeyleri etkili ancak, doğum korkusu hem primiparlar hem de

tüm gebeler için en temel belirleyicidir. Araştırma sonucunda bilinçli farkındalık temelli, doğum korkusuna yönelik eğitimlerin rutin doğum öncesi hizmetler kapsamına alınması önerilebilir. Ayrıca doğum korkusunu açıklamaya yönelik nitel araştırmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli farkındalık, Doğum korkusu, Doğum şekli, Doğuma hazır oluş



Title: Investigation the Effect of Pregnants Preparation for Labor, Fear of Labor and Mindful Awareness Levels on Preference of Delivery Mode

Student name: Damla ŞAHİN BÜYÜK

Supervisor: Assistant Professor Aynur ÇETİNKAYA

Department: Public Health Nursing

2. SUMMARY

Aim: The aim of the research was to examine the effect of pregnant preparation for labor, fear of labor and mindful awareness levels on their preference of delivery mode.

Method: This research was planned as analytic cross-sectional study. The universe of the study consisted of pregnant women who were enrolled in Manisa Central district family health centers and the sample of the research consisted of 363 pregnant women who were enrolled in six family health centers selected by draw from there and agreed to participate in the study voluntarily. The data were collected with the "Pregnant Introductory Form", "Preparation for Labor and Fear of Labor Subscales" which were subscales of Prenatal Self-Evaluation Scale and "Mindful Awareness Scale". In the analysis of the data, normal distribution suitability test, univariate analyzes and multiple logistic regression analysis were used.

Results: It was found that the mean age of pregnant women were $27,69 \pm 5,31$ and 56,7% of them were in middle income group, 25,3% of them were high school graduates, 37,7% of them preferred cesarean section, 62,3% of them preferred normal labor, 39,4% of them were the first pregnancies, 58,62% have previously had normal labor. It was found that there was a significant difference between birth preference of the pregnant and Preparation for labor Subscale, Fear of Labor Subscale and Mindful Awareness Scale ($p < 0,05$). In the binary logistic regression model, it is determined that 65.2% of the variances in cesarean delivery preferences of the pregnant women were explained by the model. In the model, previous mode of delivery, longest living place and fear of labor took place. However, in this decision for primiparous, age of the pregnant, working status and fear of labor were found to be decisive (explanatory variance 40,2%).

Conclusions: Preparation for labor, fear of labor and mindful awareness levels are effective in birth preferences of pregnant women, but fear of labor is the most fundamental determinant for both primiparous and all pregnancies. As a result of the research, mindful awareness-based prenatal training for fear of labor can be proposed as part of routine prenatal services. There is also a need for qualitative research to explain fear of labor.

Key Words: Mindful awareness, Fear of labor, Mode of delivery, Preparation for labor



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum süreci hem gebe hem de ailesi için çok önemli bir dönemdir. Bu sürecin kadın ve ailesi için sağlıklı bir şekilde geçirilmesinde hangi şekilde doğum yapılacağına karar verilmesi çok önemlidir (Taşkın 2016). Her doğum başlı başına kendi koşullarına göre karar verilmesi gereken bazı özellikler taşımaktadır ve doğum şekline karar verilirken her gebenin durumu kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilerek bu prensip doğrultusunda hareket edilmelidir (Sağlık Bakanlığı 2010; Abdel Aziza ve ark. 2016).

Kadınlar yapacakları doğum şekline karar verirken sağlık durumlarının getirdiği gerekliliklerin dışında doğum korkusu, doğuma hazır oluş, farkındalık düzeyleri, sağlık personelinin, aile ve arkadaşlarının yönlendirmesi, gelir düzeyi, eğitim durumu, eski doğum deneyimleri ve önceki doğumun şekli gibi birçok faktörün etkisi doğrultusunda hareket ederler (Güngör ve ark. 2005; Azami-Aghdash ve ark. 2014; Karabulutlu 2012; Ertuğrul 2016). Bu süreçte gebeye sağlık çalışanlarınca gereksinim duyduğu konularda bilgi verilmesi ve doğru bir danışmanlık yapılması gebenin sağlıklı ve uygun bir doğum şekline karar vermesi bakımından önem taşımaktadır. Normal doğum ya da sezaryen doğum kararında tıbbi nedenler öncelikli olmalıdır. Çünkü sezaryen doğum, normal doğumun güvenli olarak tamamlanmasında sıkıntılar ortaya çıktıysa ya da normal doğum anne veya bebeğin mortalite ve morbitide riskini gözle görünür şekilde artırıyorsa uygulanır (Guisse ve ark. 2010; Sağlık Bakanlığı 2010; Bal ve ark. 2013). Tıbbi nedenler ve endikasyon dışında sezaryenin anne ve bebek sağlığı açısından sakıncaları göz önünde bulundurulduğunda, sezaryenden kaçınılması büyük önem arz etmektedir (Ergöl ve Kürtüncü 2014).

Bilinçli farkındalık, bilinçli bir şekilde şu anda olana odaklı ve yargılayıcı olmadan dikkati yönlendirmektir. Şu anda yaşanılana olan farkındalık düşük olduğunda bilinç korku ve güvensizlikle yönlendirileceğinden bilincin kontrolünde olmayan otomatik davranışlar sergilenir (Brown ve Ryan 2003; Özyeşil 2011). Bilinçli farkındalık düzeyi yüksek olan bireylerin uyumlu başa çıkma stratejilerini daha çok, kaçınan başa çıkma becerilerini daha az ve stres veren yaşantılarla başa

çıkma becerilerini daha yüksek seviyede kullandıkları bilinmektedir (Bowlin ve Baer 2012).

Alan yazında gebelerin doğum şekli tercihleri, doğum korkuları, sezeryan doğum yapan gebelerin belirleyicileri, doğuma hazır oluş düzeyleri ve gebelikte bilinçli farkındalığı geliştirmeye odaklı eğitim çalışmaları gibi konuyla ilgili çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmada gebelerin doğum şekli tercihleri üzerinde etkisi olduğu düşünülen, doğuma hazır oluşluklarının, doğum korkularının ve bilinçli farkındalık düzeylerinin bir arada değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, gebelerin doğum şekli tercihlerinde etkili faktörleri saptamak ve ülkedeki yüksek sezaryen oranlarının önüne geçme noktasında uygun sağlık politikaları geliştirilmesine ışık tutabilecek bulguları bakımından önemlidir.

Bu araştırma gebelerin doğum şekline karar vermelerinde doğuma hazır oluşlukları, doğum korkuları ve bilinçli farkındalık düzeylerinin etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. DOĞUM OLGUSU

Hayata başlangıç noktası olan “doğum” olgusu hem bir eylem, hem süreç olup yoktan varlığa geçişi simgeleyen coşkuyla kutlanan bir kavramdır. Doğum eylemi, son adet tarihinden 38–40 hafta kadar sonra serviksin dilate olması ve giderek şiddetlenen uterus kontraksiyonları ile beraber gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin, uterustan dış ortama atıldığı bir süreç şeklinde tanımlanmaktadır (Güenalp ve Tuncer 2004). Sürecin nasıl bir seyir izleyeceği normal ya da sezeryan doğumla sonlanacağı bilinmediği gebelik sürecinin sonunda, anne ve fetüs doğum için hazırdır. Bu süreçte anne çeşitli fiziksel ve duygusal değişiklikler yaşar. Fetüs anne karnında büyüyüp gelişmiştir ve ekstra uterin yaşam için artık hazırdır. Doğum eyleminin gerçekleşip gebeliğin sona ermesi, hem anne hem de yenidoğan için yeni bir dönemin başlangıcı anlamına gelmektedir (Kömürcü 2013).

Sosyal bilimcilere göre doğum yalnızca fizyolojik bir olay olmanın çok daha ötesinde aynı zamanda bütün kültürlerde toplumsal hayatın vazgeçilmez bir parçası olarak nitelendirilmektedir. Doğum kontrol edilemez fakat birtakım nedenlerle bu sürecin işleyişinde aksaklıklar olabilir. Tıbbi müdahalenin devreye girmesi de bu noktada başlar. Doğum, genel anlamda kendiliğinden gerçekleşebilir bir durumdur fakat bu kesinlikle doğumun kendi haline bırakılarak yardım edilmeksizin gerçekleştirilecek bir olay olduğu anlamına gelmemektedir. Doğumun gerektiğinde her türlü müdahalenin yapılabileceği uygun koşulların sağlandığı bir ortamda yapılması gerekmektedir (Bülbül 2016).

Yardım etmek ve müdahale etmek birbirinden farklı kavramlardır. Çağımızın modern tıbbi uygulamaları, geleneksel doğum kültürünü görmezden gelerek kadınların doğumlarını hemen bozulabilir, riskli bir mekanizma olarak algılamakta ve ona göre kontrolü altında tutmaktadır. Tıbbi müdahalenin yalnızca gerekli olduğu zamanlarda devreye sokulması doğum eyleminin normalleşmesi bakımından büyük önem arz etmektedir (Jónsdóttir 2012). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) verilerine göre doğumların sadece yaklaşık olarak %15’inde hızlı ve acil tıbbi yardım gereksinimi vardır (Johanson ve ark. 2002; Bülbül 2016).

“Doğum olgusu” içinde kadın düşünülduğünde, bu sürecin faktörlerinin kadını hem sosyal hem de biyolojik açılardan ne denli etkilediğini kestirmek çok zordur. Doğum ve gebelik süreci birlikte kadın ve ailesinin hayatında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu süreç kadını gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilmektedir. Bu aşamaların kadın ve ailesi için sağlıklı bir şekilde geçirilmesinde hangi doğum şekline karar verileceği çok önemlidir (Taşkın 2016). Doğum şekline karar verirken, gebelik süresi boyunca anne ve bebeğin sağlık durumu değerlendirilmeli ve uygun doğum şeklinin belirlenmesinde bu değerlendirmeler göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık durumlarının yanı sıra gebelerin doğum şekli tercihlerinde; doğum korkusu, doğuma hazır oluşluk, hekim, aile ve arkadaş yönlendirmesi, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, geçirilmiş zor doğum deneyimi, önceki doğumun şekli gibi faktörler de önemli rol oynamaktadır. Bu süreçte gebeye sağlık çalışanlarınca gereksinim duyduğu konularda bilgi verilmesi ve doğru bir danışmanlık yapılması gebenin sağlıklı ve uygun bir doğum şekline karar vermesi bakımından önem taşımaktadır (Güngör ve ark. 2005; Azami-Aghdash ve ark. 2014; Karabulutlu 2012).

4.1.1. Normal Doğum

Normal doğum ortalama 40 haftada uterus içinde büyüme gelişmesini tamamlayan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve diğer güçlerin etkisi ile doğum kanalından geçerek dışarı atılması ile başlar, fetüs ve plasenta çıktıktan iki saat sonra son bulur. Bir başka deyişle normal doğum eylemi; yaşama şansını kazanmış fetüsün, doğal güçler yardımıyla, belli bir sürede, baş ile gelen, tek canlı fetüsün ve plasentanın anne ve bebekte yaralanma olmadan, vajinal yolla doğmasıdır. DSÖ normal doğumu; 37- 42 haftalar arasında spontan fetüsün tek vertex pozisyonunda olduğu ve doğumda anne ve bebeğin iyi izlenmesi ile iyilik halinin doruğa yükselmesi olarak tanımlamaktadır (Kömürcü 2013).

Normal doğum insanoğlunun varoluşundan beri kullandığı bir doğum şeklidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Baş pelvis uyuşmazlığı, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, zor doğum (distosi), iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi doğumun vajinal yolla gerçekleşmesinin anne ya da bebek için riskli olduğu durumların dışında doğum esnasında gebeye verilecek

yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi vajinal yolla başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir (Gözükara ve Eroğlu 2011).

4.1.1.1. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

Travay ve doğum eylemini temel anlamda dört faktör etkiler. Bu faktörler doğum kanalı, fetüs ve plasenta, doğum eyleminin gerçekleşmesinde etkili güçler (kontraksiyonlar) ve gebenin psiko-sosyal durumudur (Kömürcü 2013; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Saydam 2015; Taşkın 2016).

4.1.1.1.1. Doğum kanalı

Doğum eyleminde rol oynayan faktörlerden doğum yoluna ilişkin olanlar şunlardır:

- Kemik pelvis ve ölçüleri (pelvik giriminin, orta pelvis ve çıkımın ölçüleri)
- Pelvis tipleri (jinekoid, android, andropoid, plati-peljoid veya karışık tip şeklinde adlandırılan bir kaç tipte pelvisin özelliğini aynı anda gösteren pelvis)
- Serviks'in silinme ve dilatasyon özelliğiyle vajina kanalı ve dış vajinal açıklığının esneklik derecesi (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016).

4.1.1.1.2. Kemik pelvis

Doğumun mekanizması, kemik pelvis ve fetüs başı arasındaki oransal ilişkiye dayalıdır. İki koks kemiği, sacrum ve lumbar vertebra, koksiks, sakro-iliak eklem ve simfisis pubisten oluşan kemik pelvis doğum eyleminde önemli role sahiptir. Koksiks ve sacrum birbirine hareket yeteneği olan sakrokoksikal eklem ile bağlıdır. Sakrokoksikal eklem doğum esnasında koksiksin geriye doğru itilmesine yardımcı olur ve doğumu kolaylaştırır (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016).

4.1.1.1.3. Serviksin silinmesi ve dilatasyonu

Silinme ve dilatasyon özelliklerine sahip olan servikal os doğum kanalının yumuşak dokularını oluşturur Serviks gebeliğin başında serttir fakat doğum eyleminin başlamasıyla birlikte fetüsün geçebileceği açıklık ve yumuşaklığa kavuşur (Kömürcü 2013).

4.1.1.1.4. Fetüs (Doğum Objesi)

Bir mekanizma olarak doğumun anlaşılmasında ve gidişatının belirlenmesinde fetüsün şekil, büyüklük, dayanıklılık gibi özellikleri ile anne pelvisiyle ilişkisi, yatışı, duruşu ve pelvise girme durumlarının incelenmesi gereklidir.

Doğum mekanizmasında fetüsle ilgili faktörler fetüs başı, fetüsün tavrı, duruşu, pozisyonu ve prezentasyonudur (<http://mtegm.meb.gov.tr>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2016).

Fetüs başı

Fetüsün başı, gövdesinden daha büyük olması sebebiyle doğumun mekanizması açısından önemlidir. Başın, doğum kanalından geçmesi doğumun önemli bir kısmının tamamlandığı anlamına gelir. Fetüs başında bulunan sutur, fontanel, özel nokta (sinsiput, bregma, verteks, oksiput, arka fontanel ve mentum) ve kuturlar doğum mekanizmasında rolü olan önemli etmenlerdir (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016).

Fetüsün tavrı (habitus, postür)

Fetal eklemlerin durumunu ve fetüs kısımların birbirine göre nasıl pozisyonlarda olduğunu ifade eder. Fleksiyon veya extansiyon şeklinde olabilir. Fetüs; annenin karnında genellikle sırtı kavisli, başı göğsüne doğru eğik, kolları ve bacakları vücudunun ön bölümünde katlanmış ve dizleri bükülü (fleksiyon) şekilde durur. Bu pozisyonuyla, fetüs anne karnında az yer işgal eder ve umbilikal kord fetüsün alt ve üst ekstremiteleri arasında serbest bir şekilde kalır (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016).

Fetüsün duruşu (situs)

Anne ve fetüsün uzun eksenlerinin ilişkisi fetal duruş ya da yatış olarak tanımlanmaktadır. Fetüsün uzun eksenini, uterusun uzun eksenine paralel olarak uzanıyor ise situs longitudinalis (uzunlamasına duruş), kesiyor ise situs transversus (yan duruş) olarak ifade edilir. Yan duruşta annenin karnı yanlamasına oval biçimdedir. Palpe edildiğinde fetüsün başı karnın bir yanında hissedilirken makatı diğer yanında hissedilir. Transvers duruş ender görülür, böyle bir durum söz konusuysa doğum sezaryen ile gerçekleştirilir (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016).

Fetüsün pozisyonu

Fetal pozisyon, fetüsün sırt kısmının uterus duvarıyla olan ilişkisidir. Fetüsün sırtı, anneye göre sağ, sol, ön veya arkada olabilir (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016; <http://mtegm.meb.gov.tr>, Erişim tarihi: 04 Haziran 2016).

Fetüsün prezentasyonu

Prezentasyon, pelvise giren fetal vücut kısmını ifade etmektedir. Önde gelen kısım diye de ifade edilebilen fetüsün prezente olan kısmı gebeliğin son ayına kadar değişebilir. Son ayda fetüs iyice büyüyüp anne karnındaki hareketi kısıtlandığından prezente olan fetal kısmın değişme olasılığı azalır. Fetal prezentasyon, baş, makat ya da transvers geliş şeklinde olabilir (Saydam 2015; Cunningham ve ark. 2015; Rathfisch 2015; Taşkın 2016).

4.1.1.1.5. Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler

Fetüs, fetal mebranlar ve plasentanın uterus dışına atılmasında annenin kontrolü dışındaki birincil güçler ve annenin kontrol edebildiği ikincil güçler birlikte rol alır (Taşkın 2016).

Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil güçler

Doğumun gerçekleşmesinde rol oynayan birincil güç, uterus kontraksiyonlarıdır. Uterin kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddeti fetüsün doğum kanalı boyunca ilerleyebilmesi bakımından önemlidir. Birincil güçler servikal silinme ve dilatasyonu sağlar. Uterin kontraksiyonlar istemsiz olarak gelişir. İstemsiz uterin kontraksiyonları oluşturan birtakım etmenler vardır. Bu etmenlerden ilki, ritmik uterin kontraksiyonlar oluşturan oksitosindir. İstem dışı gelişen kontraksiyonları oluşturan ikincil mekanizmaya uterustaki pace-maker'lerdir. Kontraksiyonlar uterin kasların geçici olarak kısalıp kalınlaşmasıyla oluşur (Rathfisch 2015).

Etkin bir doğum eylemi için ritmik kontraksiyonlar olması gerekir. Kontraksiyonlar düzenli olmadıkları sürece doğum eylemi ilerleyemez. Kontraksiyonların bir diğer özelliği ise aralıklarla gerçekleşmesidir. Aralıklı kontraksiyonlar, uterin kasların dinlenmesinde ve plasentanın kanlanmasıyla önemlidir (Kömürcü 2008).

Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan ikincil güçler

İkincil güç, eylemin ikinci evresinde annenin bebeğini itmek için diyafragma ve abdominal kaslarını kullanmasıyla oluşur. Bu sırada gelişen ıkınma hissi eylemin ilerlemesine yardım eder. İkincil güçler silinme ve dilatasyonun tamamlanmasından sonra bebeğin doğumuna yardım eden en önemli gücü oluşturur (Taşkın 2016).

4.1.1.1.6. Gebenin psiko-sosyal durumu

Doğum eylemi, gebelerin merak ettiği ve gidişatı önceden bilinmeyen bir olaydır. Önceden doğumu deneyimlememiş olan primparlar neyle karşılaşacaklarını bilmemekten kaynaklı bir stres yaşarken, multiparlar ise yeni bir doğumun neler getireceği kaygısını taşımaktadırlar. Gebeler doğum eylemi sırasında fiziksel yaralanma, ağrı gibi alışık olmadıkları durumlarla karşılaşma ve beden kontrollerini kaybetme endişesi yaşayabilirler. Eylemde korku yaşayan annelerin kan basıncında, solunum ve kalp hızında artma görülebilir. Aşırı maternal stres annede kortizol ve katekolamin düzeyinin artmasına yol açar. Sonuçta vazokonstriksiyon oluşarak uterus perfüzyonu azalır. Bu nedenle annede ağrı görülebilir. Ayrıca,

vazokonstüriksiyon sonucunda uterus perfüzyonun bozulmasına bağlı olarak fetüse giden oksijen miktarı azalır ve fetüsün hayatı riske girebilir (Kömürcü 2008).

Doğum eyleminin sağlıklı ilerleyebilmesi için gebenin gebelik sürecine uyumu ve aile olarak gebelik sürecine hazırlanma önemlidir. Bu süreçte gebelik boyunca sağlık çalışanınca yapılacak olan eğitim ve danışmanlık hizmetleri büyük önem taşıtmaktadır. Ayrıca eşler arasındaki ilişkinin iyi olması, gebeliğin istenilen-planlı bir gebelik olması, gebenin doğum öncesi dönemde yeterli ve nitelikli prenatal bakım almış olması, doğumda gebenin ağrı ve çevre kontrolünün sağlanması ve sağlık ekibine duyulan güven de annenin psiko-sosyal durumunu olumlu etkileyerek doğum eylemini kolaylaştırır (Yıldız 2011).

4.1.2. Sezaryen Doğum

Büyük cerrahi operasyonlar grubunda değerlendirilen sezaryen seksiyö (cesarean section abdominalis) ya da sezaryen doğum, 500 gram ve üstündeki fetüsün laparotomi ve sonrasında hysterotomi ile gerçekteşen doğumu olarak tanımlanır (Cunningham ve ark. 2015). Latincede “kesmek” anlamını taşıyan “caedere” kelimesinden türetilen “caesar” ve yine “kesmek” anlamına gelen “seco” kelimesinden türemiş olan “section” kelimeleri, “caeserean section” şeklinde kalıp olarak kullanılır (Yıldırım ve ark. 2015). Sezaryen doğum, normal doğumun güvenli olarak tamamlanmasında sıkıntılıların ortaya çıktığı durumlarda ya da normal doğum anne veya bebeğin mortalite ve morbitide riskini gözle görünür şekilde arttırıyorsa uygulanır (Guisse ve ark. 2010; Sağlık Bakanlığı 2010; Bal ve ark. 2013).

Sezaryen ile doğum genel olarak tanımlanan bazı şartlarda yapılır ancak tıbbın ana prensibi olarak “hastalık değer hasta vardır” kuralına uygun olarak her doğumun başlı başına kendi koşullarına göre karar verilmesi gereken bazı özellikler taşıdığı unutulmamalı ve her gebenin durumu kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilerek bu prensip doğrultusunda hareket edilmelidir (Sağlık Bakanlığı 2010; Abdel Aziza ve ark. 2016).

Dünyada ve ülkemizde sezaryen doğum sayıları katlanan oranlarla artış göstermektedir. Bu artışın pek çok nedeni olmakla birlikte en önemli nedenlerinden

biri de maternal isteğe bağı (elektif) sezaryen¹ dir. Dünyada, isteğe bağı sezaryen konusunda etik tartışmalar devam etmektedir.

4.1.2.1. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryenle doğum cerrahi bir operasyon olduğundan tıbbi nedenlerle yapılması gerekmektedir. Sezaryeni vajinal doğuma alternatif olarak görmek yanlıştır. Sezaryen düşünülüyorsa gebe ve gebeliğe özgü fayda ve riskler göz ardı edilmemelidir. Her ne kadar sezaryen endikasyonu için belli başlı durumlar tanımlanmış olsa da bu endikasyonlar kesinlik taşımamaktadır ve olgunun taşıdığı özellikler doğrultusunda doğum şekli bireyselleştirilerek içinde bulunulan koşullara göre karar verilmesi gerekmektedir (İnanç ve ark. 2013).

4.1.2.1.1. Fetal endikasyonlar

- Fetal distres (alan yazında en fazla sezaryen nedenlerinden biri olarak geçmektedir.) (Bülbül, 2016),
- Makat prezantasyon, transvers, alın veya yüz geliş gibi fetal prezantasyon anomalileri,
- Çoğul gebelikler,
- Down sendromu, nöral tüp defekti, hidrosefali, sakrokoksigeal teratom gibi fetal anomaliler,
- İri bebek fetal endikasyonlar arasında yer almaktadır (doğum rehberine göre 4000 gr üzeri iri bebek olarak tanımlanmaktadır ve anne diyabetik, bebek de 4500 gr. üzerindeyse doğum sezaryen ile yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.) (Sağlık Bakanlığı 2010).

4.1.2.1.2. Maternal endikasyonlar

Eski uterus cerrahisi öyküsü, diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar, HIV vb. vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar olarak bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı 2010; Taşkın 2016).

¹ Maternal isteğe bağı sezaryen (mother requestin cesarean), herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın tamamen annenin isteği doğrultusunda yapılan sezaryendir (Bülbül 2016).

4.1.2.1.3. Travay ve doğumla ilişkili endikasyonlar

Bu grup endikasyonlar içinde baş pelvis uyumsuzluğu, uzamış doğum eylemi, fetal makrozomi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2010; Taşkın 2016).

4.1.2.1.4. Plasenta ve umblikal korda ilişkin endikasyonlar

Ablasyo plasenta, kordon sarkması, plasenta previa, vasa previa umblikal korda ilişkin endikasyonlardır (Sağlık Bakanlığı 2010; Taşkın 2016).

4.1.2.2. Sezaryen Doğum Nedenleri

Sezaryen doğumdaki artışın nedenlerini tanımlamak üzere yapılan çeşitli araştırmalarda kadınların doğum korkusu, epidural anestezi ile ağrısız doğumun yeterince uygulanmaması, hekimin malpraktis korkusu, ebelerin doğumda aktif rol almaması, isteğe bağlı sezaryen uygulamaları sonrası mükerrer sezaryenlerin artması, sezaryen endikasyonlarının genişletilmesi, makat gelişlerin hemen hepsinde sezaryenin tercih edilmesi, gebelerin bebeği riske atmak istememeleri, elektronik fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, kadınların gebeliği ertelemesi ve ileri yaş gebeliklerin giderek artması, önceki zor doğum öyküsü, cinsel organlarda yaralanma korkusu ve cinselliği koruma kaygısı, doktor, ebe ya da hemşire yönlendirmesi gibi faktörler bu artışta rol oynamaktadır (Güngör ve ark. 2005; Ertem ve Koçer 2008; Arıkan ve ark. 2010).

Kadınların obstetrik bakımlarında daha aktif rol almasıyla bazıları elektif sezaryen ile doğumu seçmektedir. Maternal isteğe bağlı sezaryen doğumun gerçek insidansı ile ilgili veriler sınırlıdır ancak Birleşik Devletlerde yapılan bazı çalışmalarda %1-7 arasında ifade edilmektedir (Gossman 2006; Menacker 2006). Maternal isteğe bağlı sezaryen doğumun, fetal akciğer olgunluğunun kanıtı olmadığı sürece 39. haftadan önce uygulanmaması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın "Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi"ne göre, anne adayının isteği sezaryene karar vermek için yeterli bir neden değildir ancak gebede aşırı derecede korku, kaygı ve panik gibi psikolojik sorunlar varsa bunlar da göz önünde bulundurularak danışmanlık verilmelidir (Sağlık Bakanlığı 2010). Gebelikte verilecek olan doğru danışmanlık kavramı üzerinde tartışılacak bir konudur.

Gebelik ve doğum hayatın bir parçasıdır ve hayatın her alanında riskler vardır. Riskin olmadığı bir doğum mümkün değildir. Olası yarar ve riskleri anlatış biçimi çok önemlidir. Normal doğumda karşılaşılabilecek komplikasyonlar doğru anlatılsa bile anlatım sırasındaki beden dili dahi kadının kararlarını etkileyebilir. Bilgi verirken endişe oluşturmak da mümkündür. Ayrıca kendini sezaryen doğuma yakın hisseden bir hekimin ne kadar objektif bir danışmanlık yapacağı konusunda da soru işaretleri mevcuttur (Josefsson ve ark. 2011; Bülbül 2016). Gebelerin sezaryene yönlendirmelerinde hekimin rolünü araştırmak amacıyla Burns ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada, annenin sezaryen isteminde önemli oranda hekim yönlendirmesi olduğu, hekim bebek için doğru olanın sezaryen olduğunu düşünüyorsa gebelerin de bu doğrultuda karar verdiği saptanmıştır (Burns ve ark.1995).

Birçok kadın gebeliği sırasında az çok değişik derecelerde doğum korkusu yaşamaktadır. Bu durum onların doğum sırasında yeterince çaba göstermelerini engelleyerek normal doğumdan çok çabuk vazgeçmelerine sebep olmaktadır. Doğum eyleminin onlara dayanılmaz ağırlı ve çok zor bir tecrübe olarak aktarılmasının da bu sonuçtaki rolü oldukça büyüktür (Kömürcü 2008).

Sezaryen isteyen kadınlar arasında yürütülen ve neden sezaryen istediklerini araştıran çeşitli çalışmalarda kadınların doğum ve ağrı korkuları göze çarpmaktadır. Gebe kadınların sezaryen ile doğumu tercih etmelerinde önemli bir etken olan, doğum korkusu nedeniyle ortaya çıkan bu durum, “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır (Gözükara ve Eroğlu 2011). Ergöl ve Kürtüncü (2014) yaptığı bir çalışmada gebelerin sezaryen doğum yapma nedenlerinin çoğunlukla “doğumdan korkma” ve “ağrısız doğum yapma” isteği olduğunu saptamışlardır (Ergöl ve Kürtüncü 2014). Ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda da aynı şekilde gebelerin doğum korkularının doğum şekline karar verme süreçlerinde sezaryene yönlendirmelerinde etkili olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Josefsson ve ark. 2011; Ramvi ve Tangerud 2011; Bal ve ark. 2013). Kadınlar gebelik süreçlerinde doğuma hazırlık eğitimleri ile bu korkuları ile baş edebilirler. Ancak birçok kadın bu konuda uzman eğitimcilerden doğru bilgi alma şansına sahip değildir (Şahin ve ark. 2009). Sağlık Bakanlığı rehberinde bu konuya ilişkin gebeye danışmanlık yapılması gerekliliğinden bahsedilmiş olsa da bunun pratikte nasıl uygulanacağı konusuna yeterince açıklık getirilmemiştir (Sağlık Bakanlığı 2010).

Ülkemizde kadın doğum polikliniklerinin yoğunluğu düşünüldüğünde hekim hemşire ya da ebeğin gebeye doğum korkusunu derinlemesine konuşup, onu normal doğuma motive edecek zamanı ayırması mümkün görünmemektedir.

Sağlık Bakanlığının online verileri incelendiğinde; en fazla sezaryen nedeni eski sezaryen öyküsü olarak görülmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf>). Mevcut sistemin hekimleri korumasından dolayı hekimlerin malpraktis korkusu ve risk almak istememelerinin, gebeyi sezaryen doğuma yönlendirmelerinde ve sezaryen sonrası vajinal doğumu desteklememelerinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin her türlü tıbbi uygulaması hastalar üzerinde belli bir risk oluşturmaktadır. Bunlar izin verilen risk çerçevesi içerisinde kaldığı sürece malpraktis değil, komplikasyon olarak değerlendirilir. Ancak hem ülkemizde hem de dünyada herhangi bir olumsuz durumda hekim uygulamaları komplikasyon olsa bile malpraktis olarak değerlendirilip dava edildiğinden bu durum bir malpraktis krizinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Hekimlerin içinde bulunduğu bu durum risk algılarının değişmesi ve hassasiyetlerinin artmasıyla güven arayışına, dolaylı olarak da doğumu daha fazla kontrol etme ihtiyaçlarının artmasına ve sezaryenle doğuma yönlendirmelerine neden olmaktadır (Büken ve Büken 2003; Bülbül 2016).

Tablo 1. Doğurganlıktaki Eğilimler

Yaşa özel doğurganlık hızları (1,000 kadın için) ve toplam doğurganlık hızı, 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması (TDA), 1988 Türkiye Doğurganlık ve Sağlık Araştırması (TDSA), 1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)

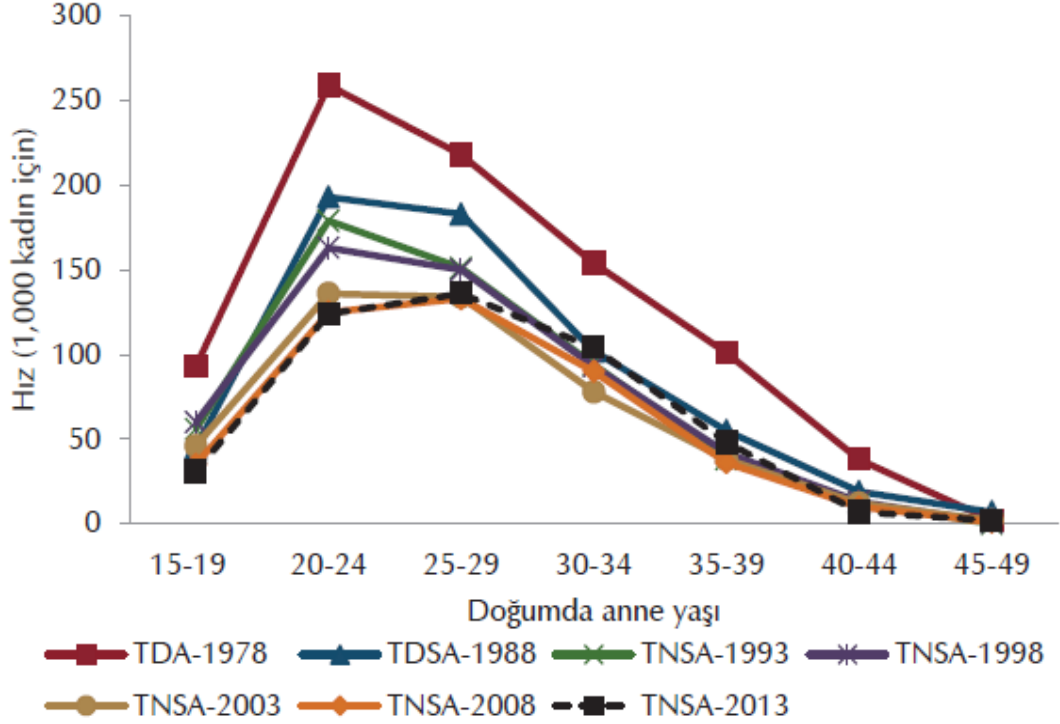
Doğumda anne yaşı	TDA-1978	TDSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008	TNSA-2013
15-19	93	45	56	60	46	35	31
20-24	259	193	179	163	136	126	124
25-29	218	183	151	150	134	133	136
30-34	154	102	94	93	78	91	104
35-39	101	55	38	42	38	36	48
40-44	38	19	12	13	12	10	7
45-49	2	7	0	1	2	1	2
TDH (15-49)	4.33	3.02	2.65	2.61	2.23	2.16	2.26

Not: 1978, 1988 ve 1993 hızları araştırmadan önceki 1-12 aylık döneme, 1998, 2003, 2008 ve 2013 hızları araştırma tarihinden önceki 1-36 aylık döneme aittir.

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü , “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara; 2014, s:63.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 Yılı Raporu’na göre, doğurganlık çağındaki kadınlar arasından 15-24 yaş grubunda olanlar son 5 yılda doğurganlık düşüşü gösterirken 25-39 yaş grubundaki kadınlarda bir artış eğilimi göze çarpmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014).

Her 1,000 kadın için hesaplanan yaşa özel doğurganlık hızlarındaki değişimler, Türkiye, 1978-2013



Şekil 1: Yaşa Özel Doğurganlık Hızlarındaki Değişimler²

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü , “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara; 2014, s:64.

Tablo 1 ve Şekil 1’de 1978 yılından beri gözlenen yaşa özel doğurganlık hızlarını sunmakta ve yaşanan belirgin düşüş göze çarpmaktadır. Zaman içinde, doğurganlığın 20-24 yaş grubunda sürekli olarak azaldığı görülmektedir. Toplam doğurganlık hızının değişim eğiliminde olduğu gibi, yaşa özel doğurganlık hızlarındaki en çarpıcı azalma da 1978-1988 döneminde, en düşük doğurganlık hızının görüldüğü 45-49 yaş grubu hariç, tüm yaş grupları için yaşanmıştır. TNSA-2003’e kadar yaşa özel doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grubu 20-24 iken TNSA-2003 ve sonrasında doğurganlığın 20-34 yaş grubu içinde daha eşit dağılmaya başladığı görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014).

² Toplam doğurganlık hızlarının hesaplanmasında 1978, 1988 ve 1993 araştırmaları için araştırma tarihinden önceki bir yıllık dönem esas alınmışken; TNSA-1998, TNSA-2003, TNSA-2008 ve TNSA-2013 değerleri araştırma tarihinden önceki 3’er yıldan elde edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014).

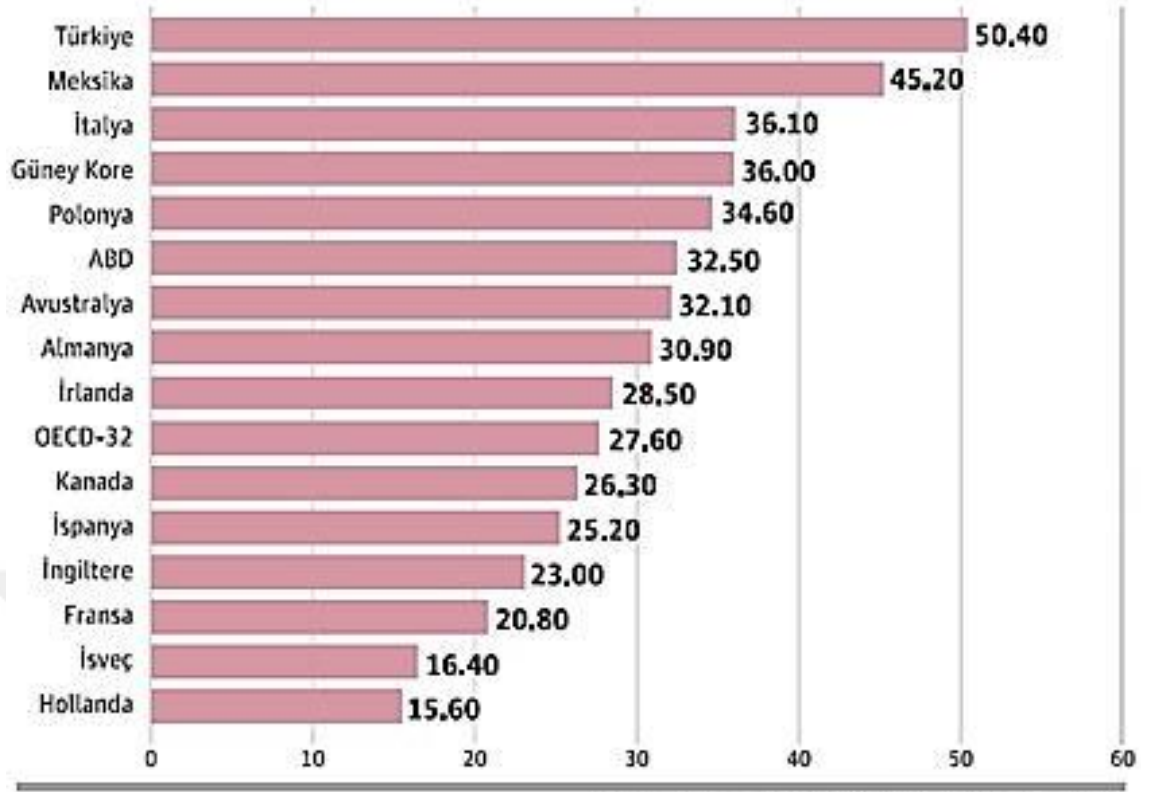
Doğurganlığın seviyesindeki düşüşe ve yaş örüntüsündeki değişimine birçok faktör katkı yapmış olabilir. Bu faktörler arasında, gebeliği önleyici modern yöntemlere ulaşmanın ve bu yöntemleri kullanmanın kabul edilebilirliğinin artması, doğumların ertelenmek istenmesi, insanların ideal çocuk sayılarının değişmesi ve evlilik örüntüsünün değişimi gibi konular sayılabilir (Demir 2016). Mevcut araştırma sonuçlarına göre kadınlar doğumlarını ertelemektedir. Dolayısıyla gebeliklerde ileri yaş; doğurganlığı azaltan, maternal ve fetal riski arttıran ve dolayısıyla hem hekimi hem de anneyi sezaryen doğuma daha fazla yönlendiren bir faktör olarak değerlendirilebilir.

4.1.2.3.Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum

Sezaryen oranları ülkeden ülkeye, şehirden şehre hatta hastaneden hastaneye farklılık göstermekle birlikte genel anlamda değerlendirince dünyada hızlı bir artış eğilimi içerisindedir. Ancak özellikle Türkiye’nin de içinde bulunduğu sağlıkta özelleşmenin ağırlık kazandığı bazı ülkelerde bu artış çok daha fazla olmuştur.

Sezaryen doğumdaki artışa rağmen fetal mortalite, maternal mortalite ve morbidite hala devam etmektedir. Ayrıca sezaryen doğum kendinden sonraki doğum için komplikasyon riski oluşturmaktadır. Bu durum sezaryenle doğumun uygunluğunun ve tıbbi gerekliliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır (OECD 2015).

Ülkemizin de içinde bulunduğu Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2015 verileri incelendiğinde; sezaryen oranı en az olan ülkeler İzlanda, Finlandiya, İsveç ve Norveç gibi Kuzey Avrupa ülkeleri ile İsrail ve Hollanda’dır. Bu ülkelerdeki sezaryen oranları %15 ile %16,5 arasında değişiklik göstermektedir. En yüksek olduğu ülke ise %50,4 oranıyla Türkiye’dir. Türkiye’yi takiben %45,2 ile Meksika gelmektedir (Şekil 2).



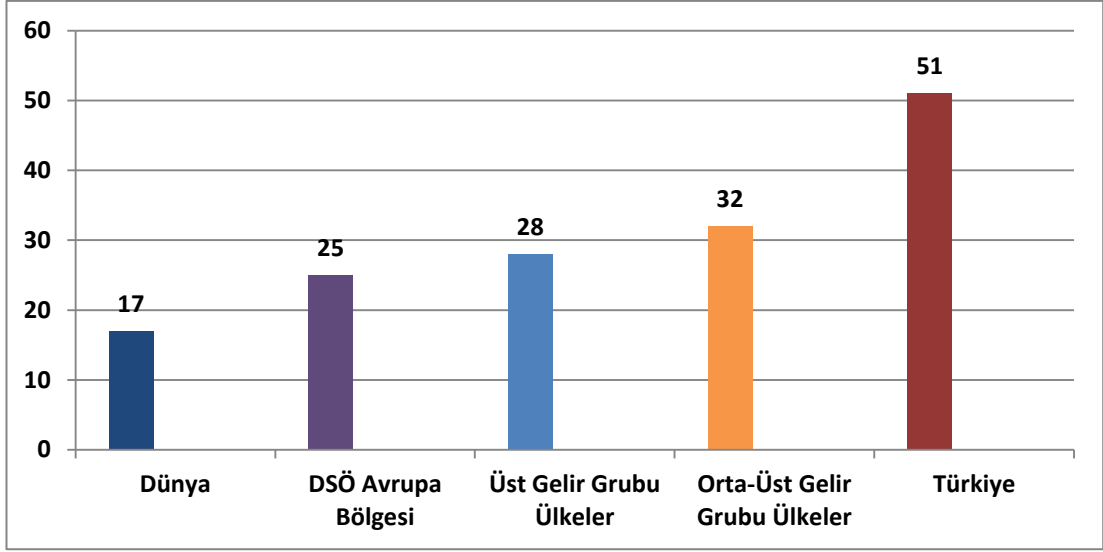
Şekil 2. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Her 100 Canlı Doğum Başına Sezaryen Oranı

Kaynak: OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris; 2015, s:115.

Sezaryen ortalaması OECD ülkelerinde 2000 yılında %20 civarında iken son yıllarda %28 oranlarına yükselmiştir. OECD ülkeleri arasında oransal olarak en büyük artış Türkiye, Meksika ve Şili’de gözlenmiş ve onları Slovak ve Çek Cumhuriyetleri izlemiştir. Genel ortalamadaki artışa rağmen İsrail, İsveç ve Finlandiya gibi ülkelerin sezaryen oranlarında 2000 yılından bu yana önemli düşüşler olmuştur (OECD 2015). İtalya’nın sezaryen oranında da düşüş olmasına rağmen mevcut sezaryen oranı hala ortalamanın oldukça üzerindedir (Şekil 2). Konu ile ilgili DSÖ’nün 2015 yılı raporuna göre de; Brezilya başta olmak üzere (%56) Güney Amerika ülkeleri ile Kıbrıs (%52), Mısır (%52), İran (%48), Şili (%37), Türkiye (%37) gibi ülkelerde daha fazla sezaryen doğum yapılmaktadır. İsveç (%17), Finlandiya (%16), Danimarka (%21), Norveç (%17) ve Belçika (%20) gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde ise az oranlarda sezaryen yapıldığı belirtilmektedir (WHO 2015).

Birçok ülkede özel hastaneler devlet hastanelerinden daha fazla oranda doğumları sezaryenle sonlandırma eğilimindedir. İsviçre’de özel hastanelerdeki sezaryen oranı (%41) devlet hastanesindekilerden (%30,5) daha yüksektir. Fransa’da genel anlamda komplike olmayan gebeliklerin takip edildiği özel hastanelerdeki sezaryen oranı çok daha komplike gebeliklerin takip edildiği devlet hastaneleriyle aynı orandadır (OECD 2015). Peru’da 1997 yılındaki sağlık reformu ile özel hastanelerin payının artırılmasıyla sezaryen oranı %28’den %35’e yükselmiştir (Arrieta 2011). Sezaryen oranının yüksek olduğu ülkelere İran’da özel hastanelerdeki sezaryen oranları kamuya göre daha fazladır (Azamı-Aghdash ve ark. 2014).

Sezaryen oranlarının düşük olduğu ülkeler her zaman iyi örnek teşkil etmeyebilir. Örneğin sezaryen oranının %4 olduğu Afganistan ve Afrika Bölgesi ülkeleri yüksek anne ve bebek ölümleri ile göze çarpmaktadır. Yoksulluk ile birlikte doğum sırasında yeterli tıbbi bakımın olmaması sonucu dünyadaki anne ve bebek ölümlerinin büyük bir bölümü bu bölgelerde meydana gelmektedir (WHO, 2015). Sadece oranlarla konuyu çözümlene noktası doğru bir yaklaşım değildir. Ancak bazı ülkeler gereksiz sezaryen oranlarını azaltmak için çeşitli tedbirler almaktadır. Halk bildirimleri ve geribildirim mekanizmalarının işletilmesi, klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi ve finansal teşvik, sezaryen ve normal doğum için yapılan ücretlendirme arasındaki fark azaltılarak uygunsuz sezaryen oranları azaltılmaya çalışılmaktadır. Örneğin sezaryen oranı OECD ülkeler ortalamasının oldukça üzerinde olan Avustralya sezaryen oranlarını azaltmak için sezaryen doğumlarda klinik uygulama rehberi geliştirmiş, hastanelerin bu rehber çerçevesinde yapılan sezaryen oranlarını rapor etmesini ve rehber aykırı uygulamaların bildirilmesini istemiştir (OECD 2015).



Şekil 3. Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2014

Kaynak: World Health Organization. World Health Statistics 2015. World Health Organization, Luxembourg; 2015, s: 98.

Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranını değerlendirilmede DSÖ'nün 2015 yılı verilerine bakıldığında dünya ortalaması %17, DSÖ Avrupa bölgesi ortalaması %25, üst gelir grubu ülkeler ortalaması %28, orta-üst gelir grubu ülkeler ortalaması ise %32' dir (Şekil 3).

Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Yapılan Doğumların Sezaryen ve Primer Sezaryen Oranları, (%), Türkiye

	Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)					Primer Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Bakanlığı	40.2	36.8	35.3	36.0	35.5	22.4	17.6	15.4	15.5	15.0
Üniversite	65.2	65.9	62.6	63.0	63.8	38.4	37.4	33.6	32.6	32.4
Özel	63.7	66.6	66.2	67.9	69.5	36.3	38.3	37.3	38.4	39.6
Toplam	49.7	49.7	49.6	51.4	52.4	28.0	26.5	25.4	26.4	27.0

Kaynak: Başara BB, Güler C, Yentür GK. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s:63.

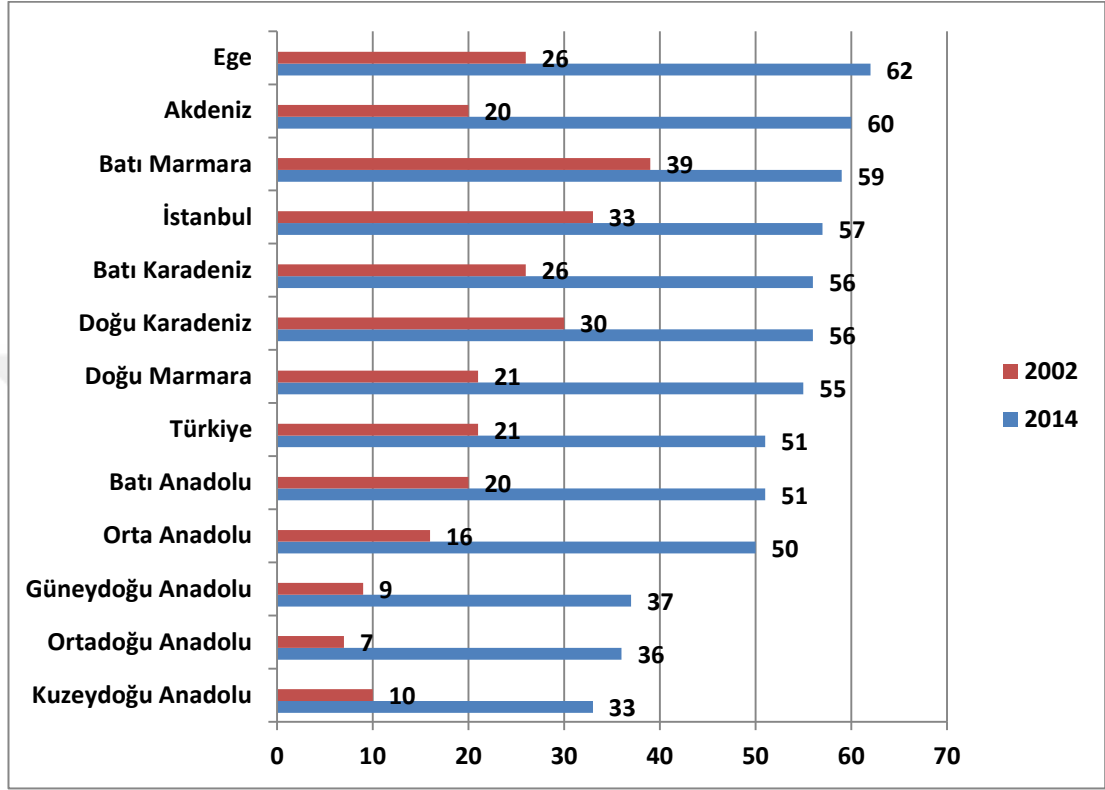
Türkiye’de sezaryen doğum oldukça yaygındır. Özellikle özel sektör hastanelerinde sezaryen oranları tüm doğumlar içinde en yüksek orana sahiptir (Tablo 2). Özel hastaneler doğum için sunduğu konforlu hizmet nedeniyle maliyetini karşılayabilecek sınıf için devlet hastanelerine alternatif oluşturmaktadır. Özel hastanelerin giderek artması bu sektördeki rekabetin de artmasına neden olmakta ve gelir düzeyine göre insanların tercih edebileceği özel hastaneler çoğalmaktadır. Bu artış genel anlamda bütün illerde olmakla birlikte büyük şehirlerde çok daha belirgindir. Sağlık Bakanlığı 2015 yılı için İstanbul ili özel hastane sayısını 160, buna karşılık ikinci basamak devlet hastanesi sayısını 31 olarak bildirmiştir. (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/pano2015/hastane_dagilimi_2015.pdf Erişim tarihi: 22 Temmuz 2016). TNSA 2013 yılı verileri de İstanbul’daki doğumların ağırlıklı olarak özel hastanelerde yapıldığını göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014). Bu verilere göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %48’i sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen doğumlar, TNSA-2008’e (%37’den %48’e) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Kentlerde yaşayan kadınlar (%52) arasında kırsal bölgelere (%36) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%32) hariç tüm bölgelerde %50 ve üzeridir. Sezaryen oranı, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde %66 veya üzeri olan sezaryen oranı, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların iki katından daha fazladır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014).

Tablo 3. Yıllara Göre Sezaryen ve Primer Sezaryenlerin Tüm Doğumlar İçindeki Payı (Yıllara Göre Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Göstergeleri)

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı(%)	21,0	45,5	46,6	48,8	50,4	51,1
Primer sezaryenlerin tüm doğumlar içindeki payı(%)	-	25,7	24,8	24,6	25,9	26,3

Kaynak: Başara BB, Güler C, Yentür GK. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s:62.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre; 2014 yılında sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki payı %51,1, primer sezaryenlerin tüm doğumlar içindeki payı ise %26,3'dür (Tablo 3).



Şekil 4. Bölgelere Göre Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%) 2002, 2014

Kaynak: Başara BB, Güler C, Yentür GK. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s:65.

Ülkemizde sezaryen doğum oranları bölgeler arasında oldukça farklılık göstermektedir. Özellikle ülkenin doğu ve batı kesimleri arasında belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. Düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin yoğunlukta olduğu doğu kesiminde sezaryen oranları daha düşük seyrederken, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek batı kesimlerinde bu oran yükselmektedir. Ege Bölgesi %62 ile Türkiye'nin en yüksek sezaryen oranına sahip bölgesidir. Bunu Akdeniz Bölgesi (%60) ve Batı Marmara Bölgesi (%59) takip etmektedir. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi %33 ile Türkiye'nin en düşük sezaryen oranına sahip

bölgesidir. Bunu Ortadoğu Anadolu Bölgesi (%36) ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%37) izlemektedir (Şekil 4).

4.1.2.4. Sezaryen Sonrası Vajinal (Normal) Doğum

Dünya Sağlık Örgütü, sezaryenin %10-15 aralığında olması gerektiğini belirtse de ideal sezaryen oranının ne kadar olması gerektiğine dair net bir oran aslında yoktur. Ancak neredeyse her üç kadından birinin sezaryen olduğu düşünüldüğünde bu oranın olması gerekenden oldukça yüksek olduğu kesinlikle söylenebilir. Dünyada 1970’li yıllarda bir önceki doğumunu sezaryenle olan kadınların kural olarak sonraki doğumlarını da sezaryenle yapması gerektiği şeklinde uygulamalar yaygınlaşmıştır. İlk kez Edwin B. Cragin tarafından ortaya atılan “Bir kez sezaryen hep sezaryen” anlayışı sezaryen doğumun giderek katlanan oranlarda artmasına zemin hazırlamıştır (Schmid ve ark. 2016). Bu görüşün temel sebebi o dönemlerde klasik uterin insizyonun yaygın olarak kullanılmasıdır (Akçay ve ark. 2001). Daha sonraki yıllarda alt segment transvers insizyonun kullanımı yaygınlaşmış ve bazı halk sağlığı ve kadın doğum uzmanları tarafından bu sorun ele alınarak, sezaryen sonrası vajinal doğumu (SSVD) teşvik etmek ve artırmak için çalışmalar yapılmıştır. Nitekim bu çalışmalar olumlu gelişme kaydetmiş ve 1990’lı yılların sonunda sezaryen sonrası vajinal doğum oranları %30 oranlarına kadar yükselmiştir. Ancak bu durum 1996- 2004 yılları arasında tersine dönmüş ve SSVD %10 oranlarına gerilemiştir (Schmid ve ark. 2016).

Ülkemizde hala bir kez sezaryen hep sezaryen anlayışı yaygındır. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Jinekoloji Derneği’nin birlikte hazırladığı “Doğum Yönetim Rehberi”nde; uygun koşullar sağlandığında SSVD’nin uygulanılabileceğine değinilmiştir. Fakat bu uygun koşulları sağlayan hastaneler oldukça sınırlı sayıdadır. Bu da aslında karşılanamamış bir sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilir.

Hem anne hem de bebek için SSVD’nin medikal, psikolojik ve maddi pek çok yararı bulunmaktadır. Normal doğumda anne ölüm riskinin sezaryen doğuma oranla 2-3 kat daha az olması, doğum sonu dönemde emzirmeye daha erken başlanması, üriner ve bağırsak yaralanmalarının sezaryenle doğuma oranla daha nadir görülmesi ve doğum sonu dönemde daha az ağrı olması medikal yararları arasında sıralanabilir. Doğum sonrası anne bebek bağlanması daha kolay sağlanması ve postpartum

depresyonun daha az görülmesi SSVD' nin psikolojik yararları arasında yer alırken anne ve bebeğin hastanede yatış süresinin daha kısa olması ve bakım maliyetinin düşük olması maddi yararları arasında yer almaktadır (Güngör ve ark. 2005; Ertem Koçer 2008).

Sezaryen sonrası vajinal doğumun gerçekleştirilebilmesi için öncelikle gebenin bu konuda istekli olması gerekmektedir. Gebe bu kararı alırken hiçbir şekilde zorlanmamalıdır. Ancak gebe istekli olsa dahi önceki sezaryen doğumda uterus vertikal kesilmişse, geçirilmiş uterus rüptürü varsa, çoğul gebelik mevcutsa, baş-pelvis uyumsuzluğu söz konusu ise ve bunların dışında anne veya bebekte normal doğum yapmaya engel herhangi bir tıbbi problem varsa SSVD önerilmemektedir (Ertem ve Koçer 2008).

4.2. DOĞUM ŞEKLİNE KARAR VERME SÜRECİ

İnsanlar hayatları boyunca günlük veya geleceğe yönelik farklı konularda birçok defa karar vermek durumunda kalırlar. Her karar iyi ya da kötü bir sonuç doğurur. Sıkıntılardan uzak ve mutlu bir hayat sürebilmek için karar verme sürecinde, mevcut seçenekler içinden en uygun olanının seçilmesi gerekmektedir (Pekdoğan 2015). Karar, sözlük anlamı ile “aralarında bir seçim yapma zorunluluğu olan olanaklardan birini seçme edimi ve bu edimin sonucu”; karar verme ise “karşılaşılan durum ya da sorunu sonuçlandırmak üzere yapılan eylem” olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, Erişim Tarihi: 8 Temmuz 2016). Karar verme, farklı araştırmacılar tarafından temelde ortak anlamlar ifade etmekle birlikte çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Kuzgun (2006), karar vermeyi herhangi bir soruna çözüm getireceği düşünülen birden çok seçenek olduğunda, yaşanan problemi giderici bir yönlenme olarak tanımlamaktadır (Akt: Dülger 2009). Korkut’a (2004) göre karar verme; bireyin mevcut durumuyla hedeflediği durumu arasındaki paradoksun farkına varması ile başlayıp, bu paradoksu azaltabilmek için çeşitli seçenekleri tanımlayıp değerlendirmeyi, seçerek bir hareket planı oluşturmayı, hareketin sonuçlarını değerlendirmeyi ve etkili olup olmadığı ile ilgili dönütleri depolamayı içeren çok unsurlu bir süreçtir (Akt: Tatlıoğlu 2014). Köse (2002) ise karar vermeyi amaçlanan şeye ulaşmak için mevcut koşul ve olanaklara göre mümkün olabilecek çeşitli eylem biçimlerinden en uygununun seçilmesi şeklinde tanımlamıştır (Köse 2002).

Karar vermeye ilişkin tüm bu tanımlamalar göz önünde bulundurulduğunda karar verme sadece kararın verildiği anı bağlayan bir seçim ya da anlık gerçekleşip biten bir durumdan öte birçok aşamayı içinde barındıran bir süreçtir. Etkin ya da doğru karar verebilmek için karar verme sürecinin doğru işletilmesi gerekmektedir.

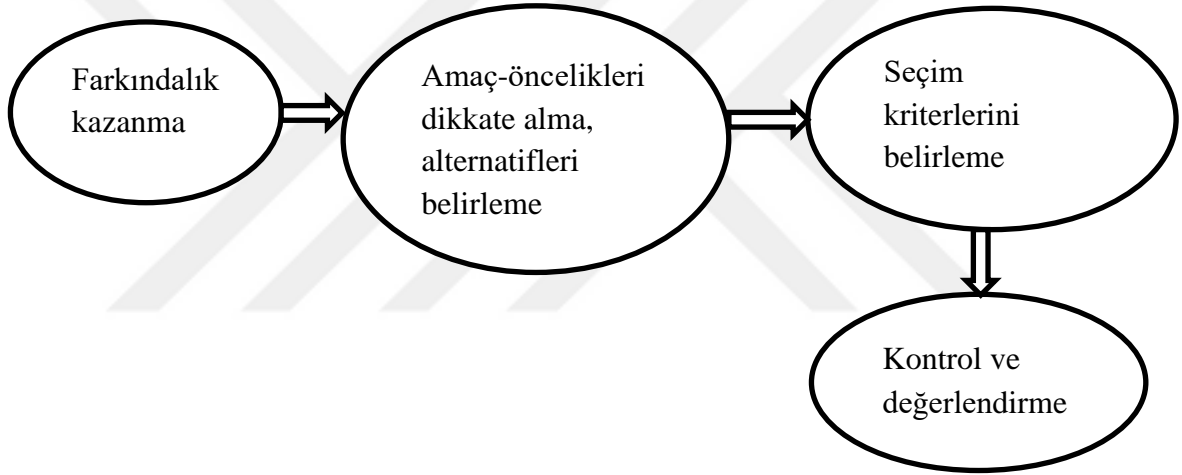
Zeleny (2011), karar vermede sürecin önemini vurgulamış ve bu süreci üç evreye ayırmıştır. Bunlar (Zeleny 2011):

1. Karar öncesi dönem: Bu dönemde bir çatışma mevcuttur. Çatışma durumu bireyde kararsızlığa ve dolayısıyla gerginliğe neden olur. Karar vermesi gereken birey uygun seçenekleri ve bu seçeneklerin doğuracağı sonuçları değerlendirir. Birey elde ettiği verileri önem düzeyine göre sıralar.

2. Karar dönemi: Kararı verecek olan birey durumuna uyum sağlamasını takiben, elindeki seçenekleri karşılaştırarak aralarından bazılarını eler. Seçeneklerden kendisine en uygun olana yönelir.

3. Karar sonrası dönem: Birey kararını uygulamaya koymasının ardından ortaya çıkan sonuçları değerlendirir.

Acıbozlar (2006)'a göre, hem zihnen hem de bedenen bir çaba gerektiren karar verme süreci sırası ile; amaç ve hedeflerin belirlenmesi, problemin saptanması, bilgi arayışı, alternatif seçeneklerin geliştirilmesi, alternatiflerin değerlendirilip seçilmesi, uygulama ve kontrol aşamalarından meydana gelmektedir (Acıbozlar 2006).



Şekil 5: Karar Verme Süreci

Kaynak: Dülger Ö. Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek İle Karar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ahmet Şirin)

Karar verme kısaca, Şekil 5'te gösterildiği gibi, farkındalık kazanılması ile başlayıp, çeşitli yollardan geçip kararın verilmesi ve karar sonrası kontrol/değerlendirmelerin yapılmasıyla sonlanan bir süreç şeklinde özetlenebilir (Dülger 2009).

Karar verme süreci birçok faktörden etkilenmektedir. Bireylerin ilgileri, toplumsal ve kültürel değerler bu faktörler arasında sayılabilir. Bireyin yetenek, ilgi, kültürel değer ve beklentileri karar vermesinde önemli rol oynar. Karar verilmesi

gereken konu ile bireyin niteliklerinin uyuşmaması, ilgi, yetenek ve değerlerinin netleşmemiş olması süreci zorlaştırır. Bireylerin çevresinde bulunan kişilerin yaklaşımları kararını yönlendirici olabilir. Bunun yanında yakın çevresindeki arkadaşlarıyla benzer aşamalardan geçiliyor olması, karar sürecini etkilemektedir (Pekdoğan 2015). Bireyin, karar öncesi dönemde kararın sonuçlarıyla ilgili negatif düşünce ve önyargılarının olması, stres düzeyinin normalin üzerinde olması, karar sürecini etkileyen kişisel faktörlerdendir. Zaman etkeni de etkili karar verebilmede, seçeneklerle ilgili gerekli bilginin toplanabilmesi ve düşüncelerin olgunlaşması bakımından önemlidir. Karar verme sürecine yeterince zaman ayırılması sürecin olumlu yönlendirilmesini sağlarken, aceleci davranmak ve yeterli planlamanın yapılmaması süreci olumsuz etkilemektedir (Dülger 2009; Tatlıoğlu 2014).

4.2.1. Karar Verme Stilleri

Scott ve Bruce (1995) karar verme stillerini beş gruba ayırmışlardır (Akt: Tatlıoğlu 2014):

- 1. Akılcı karar verme stili:** Bireylerin karar vereceği duruma ilişkin araştırma ve incelemelerde bulunarak durumuna en uygun olan seçeneğe yönelmesidir. Bu karar verme stiline sahip bireyler, karar verme sürecinde daha dikkatli davranırlar.
- 2. Sezgisel karar verme:** Karar verirken bireylerin daha çok önsezileri ve içsel olarak duygularıyla hareket etmesidir. Bu karar verme stilinde olan bireylerin kararlarında mantıksal yaklaşımdan ziyade duygular ön plandadır.
- 3. Bağımlı karar verme:** Karar vermesi gereken bireyin kendi kararlarından çok başkalarının tavsiye ve yönlendirmeleri doğrultusunda karar vermesidir.
- 4. Kaçınan karar verme:** Karar vermesi gereken bireyin karar vermemek için karardan uzaklaşması durumudur. Bu karar verme stiline sahip olan birey vereceği kararın sonuçlarından korktuğu için karar vermeye karşı isteksizdir.
- 5. Spontan karar verme:** Karar verme durumunda bireyin kararın olumlu ve olumsuz yönlerini detaylı düşünmeksizin tamamen o koşul ve andaki durumu doğrultusunda karar vermesidir.

Günümüz sağlık anlayışı, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal varlığını bütüncül bir yaklaşımla ele alırken; birey, aile ve toplum sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren, sağlık merkezli bakım yaklaşımlarını önermektedir. Bu anlayış, bireyin

iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışları kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması üzerine odaklanmıştır (Baltaş 2000). Doğum şekline karar verme yaşam seyri içerisinde hem gebe, hem de ailesi için önemli bir karar verme davranışdır. Doğru tercih noktasında doğum şekline karar verme süreci ile alan yazın irdelendiğinde; gebeleri normal doğuma ya da sezaryen doğuma yönlendiren faktörler çeşitlilik göstermektedir. Karar verme stilleri ile düşünüldüğünde bağımlı karar verme stilini destekleyen bu faktörlerin çözümlenmesi noktasında gebelerin kendi doğumlarıyla ilgili kararlara katılımlarının sağlanması, sürecin olumlu ilerlemesi bakımından önemlidir.

Sonuç olarak karar verme, belirli bir başlangıç noktası olan buradan itibaren değişik iş, faaliyet ve düşüncelerin birbirini izlediği ve sonunda bir tercihin yapılması ile sonuçlanan bir işler topluluğu, süreçtir (Koçel 2014). Çeşitli aşamalardan oluşan bir süreç olarak görülen karar vermede, bu süreci etkileyen faktörler; karar verici veya karar vericiler, kararın önemi, çevresel koşullar, zaman faktörü, seçenekler, kısıtlar ve sonuçlar olmak üzere kategorize edilmektedir (Sağır 2006). Bu araştırmanın konusunu oluşturan doğum şekli kararı düşünüldüğünde; karar verici konumundaki gebenin sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri, bilinçli farkındalık düzeyi, korkusu, zaman faktörü olarak gebenin hazır oluşu ve çevresel faktörlerin belirlenmesi noktasında yordayıcıların ve ilişkilerin belirlenmesi önemli olacaktır.

4.3. DOĞUM ŞEKLİNE KARAR VERME SÜRECİNDE ETKİLİ FAKTÖRLER

Alan yazında gebelerin doğum şekline karar verme sürecinde sosyo-demografik özellikleri (yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi vb.), obstetrik özellikleri (geçirilmiş zor doğum deneyimleri, önceki doğum şekli, gebelik sayısı vb.), aile, arkadaş çevresi ve hekim yönlendirmesi belirleyici bulunmuştur (Güngör ve ark. 2005; Azami-Aghdash ve ark. 2014; Karabulutlu 2012; Ertuğrul 2016). Bu süreçte etkili olan faktörlerin çok çeşitli olması nedeniyle, bu kısımda araştırmanın konusunu oluşturan doğuma hazır oluş, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık kavramlarıyla doğum şekli tercihi ele alınmıştır.

4.3.1. Doğuma Hazır Oluşluk

Gebenin doğuma olabildiğince iyi hazırlanması, gebelik süresince ve doğum sırasında desteklenmesi kendini güçlü ve iyi hissetmesini sağlayacaktır. Doğuma hazır olan, gebelik ve doğum sürecinin farkında ve bu sürecin her aşamasına dahil olan gebe, kendi yaşamı ve bedeni üzerinde kontrol sahibi olacaktır.

Pek çok anne adayı gebelik süresi boyunca kendini nelerin beklediğini, doğumun nasıl gerçekleşeceğini, doğum korkusu ve ağrısı ile nasıl başa çıkacağını, doğum sonrası dönemde kendisini ve bebeğini nelerin beklediğini bilmemektedir. Gebe ve fetüsün gebelik sürecini, doğumu ve doğum sonu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirebilmesi için bu konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulması gerekmektedir (Byrne 2014). Bu hizmetlerin sunulması noktasında bazı kamu ve özel hastanelerin bünyesinde doğuma hazırlık eğitimleri veren gebelik sınıfları bulunmaktadır. Gebelik sınıflarında verilen eğitimlerle gebenin ağrı ile baş etmesini kolaylaştırmak, olumlu sağlık davranışları kazandırmak, anksiyete, kaygı ve stresini azaltmak, hem gebenin hem de fetüsün gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamasını sağlamak, doğum sonu dönemde kendisi ve bebeğinin bakımıyla ilgili bilgi edinmesini sağlamak amaçlanmaktadır (Kızılırmak 2011; Altuntuğ ve Ege 2013). Bilgili olma, sürecin kontrolünü elinde tutmayı ve gebenin öz güven kazanmasını sağlayarak, sorun çözme becerilerini ve yaşam kalitesini arttıracaktır.

Doğuma hazırlık eğitimleri aynı zamanda gebenin bedenine ilişkin farkındalık kazanmasını sağlayarak güzel doğum deneyimleri yaşamalarını da hedeflemektedir.

Doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimler, bireysel eğitimle kıyaslandığında hem ekonomik olması hem de grup içinde bilgi paylaşımının olması açısından avantajlıdır. Bu sınıflarda bir araya gelen gebeler kişisel deneyimlerini ve bilgilerini birbirleri ile paylaşarak birlikte öğrenmektedir (Altuntuğ ve Ege 2013). Gebeler sürece ilişkin korku ve endişelerini yenmek için birbirlerini destekleyip cesaretlendirerek ortak bir amaç doğrultusunda hareket etmektedir.

Doğuma hazırlık sınıfları ile ortak ve ayrılan yönleri olan “keşkesiz doğum”lar da son zamanlarda popülerlik kazanmıştır. Keşkesiz doğum tıbbi bir engel olmadığı sürece kendiliğinden başlayan, doğal hormonların optimum koşullarda aktif olarak salgılandığı, mümkün olduğunca müdehale edilmeden yapılan, bebeklerin doğar doğmaz anne kucağı ile bulunduğu ve doğum şekli ne olursa olsun doğuma şahit olan herkesin doğumdan keşkesiz çıktığı doğumlardır. Keşkesiz doğum modeli ve ekibi multidisipliner yaklaşım gözetilerek oluşturulmuştur ve doktor-ebe-doğum psikoterapisti tarafından yönetilen bir modeldir. Keşkesiz doğum için ailenin fiziksel hazırlık ve zihinsel arınma temelli 18 saatlik bir eğitime katılması gerekir. Gebeler eğitim sonrası gebeliği ve doğumu ile ilgili kararlara aktif katılırlar. Sürecin sonunda hem gebelerin, hem de bebeklerin doğumdan güçlenerek çıkması amaçlanır. Keşkesiz doğum bebek için ana rahminden kopmaktan öte anneye kavuşmak anlamına gelir, bebek doğar doğmaz (sezaryen doğum olduğunda bile) annenin göğsüne konulur, doğum salonundan çıkarken dahi bebek annenin göğsünden alınmaz. Keşkesiz doğumlar ile aile bağları güçlenmekte, baba doğumda aktif rol oynamakta, doğum ekibi açısından mesleki tatmin artmaktadır (Çoker ve ark. 2015).

Tüm bu bileşenler göz önünde bulundurulduğunda, doğumun gebe, bebek ve aile için olumlu sonuçlanmasında doğuma hazırlık sürecinin yeri tartışılmazdır. Doğuma hazırlık sürecinde alınan destek ve eğitimlerle sezaryen doğumlardaki artışın önüne geçilebilir ve olumlu doğum çıktıları elde edilebilir.

4.3.2. Doğum Korkusu

Türk Dil Kurumu Güncel Sözlük'te korku “belli bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntü; kötülük gelme ihtimali, tehlike, muhatara” olarak tanımlamaktadır (www.tdk.gov.tr, Erişim Tarihi: 08.07.2016). Korku organizmanın herhangi bir tehlide karşı oluşturduğu olağan bir mekanizmadır ve tehlikeli olabilecek şeylerden korunmak için gereken cevabı vermeyi sağlar. Korku bilinmeyene ya da daha önce deneyimlenen herhangi bir etmene yönelik oluşabilir (Uçar ve Gölbaşı 2015).

Birçok kadın gebeliği sırasında veya öncesinde az çok değişik derecelerde doğum korkusu yaşamaktadır. Bu korku normal sınırlarda yaşanması halinde kadının doğuma hazırlanması bakımından faydalı olabilir. Fakat korkunun şiddeti kabul edilebilir düzeyin üzerinde ise durum patolojik bir hal alır (Larsson ve ark. 2016). Bu durum onların doğum sırasında yeterince çaba göstermelerini engelleyerek normal doğumdan çok çabuk vazgeçmelerine sebep olabilir. Doğum eyleminin onlara dayanılmaz ağırlı ve çok zor bir tecrübe olarak aktarılmasının da bu sonuçtaki rolü oldukça büyüktür (Kömürcü 2008).

Doğum korkusu yani “tokofobi” Yunanca kökenli olup, doğum anlamına gelen “tokos” ve korku anlamına gelen “phobos” kelimelerinden köken almaktadır (Alessandra ve Roberta 2013). Tokofobi primer, sekonder ve gebelik döneminde depresyon belirtileri ile kendini gösteren şekliyle üç grupta incelenebilir (Rondung ve ark. 2016; Hofberg ve Ward 2003).

Doğuma yönelik korkular kadında doğumdan önceki bir dönemde başlamışsa bu durum “primer tokofobi” olarak adlandırılır. Genellikle ergenlikte ve erişkinliğin erken dönemlerinde ortaya çıkan primer tokofobi cinsellik bakımından bir sorun teşkil etmezken, kadın gebe kalmaktan ve doğum yapmaktan korkar. Bu kişiler çocuk sahibi olmayı isteseler bile gebe kaldıklarında, gebeliği sonlandırmak isterler. Primer tokofobisi olan kadınların bu korku ile baş etmesi oldukça güçtür. Öyle ki bu kadınlar gebe kalmadan önce bile hekimlerinden elektif sezaryen isteyebilirler (Matinnia ve ark. 2016). Hiçbir şekilde bu korku ile baş edemeyenler ise ya hiç gebe kalmamayı ya da evlat edinmeyi tercih etmektedirler. Primer tokofobili kadınların çoğu kendilerini yetersiz hissetmekte ve bundan dolayı utanç ve üzüntü gibi duygulara kapılabilmektedir (Rondung ve ark. 2016; Bakshi ve ark. 2008; Uçar ve

Gölbaşı 2015). Primer tokofobi birçok faktörden etkilenebilir. Aile veya yakın akraba çevresinden birinin yaşadığı ve nesilden nesile aktarılan korkutucu doğum hikayeleri, bir başkasının yaşadığı zor doğum eylemine tanıklık etme, bir yakını doğum esnasında kaybetme, arkadaş çevresince verilen çeşitli tavsiyeler, çocukluk çağında yaşanan çeşitli travmalar ve cinsel istismar bu faktörler arasında sayılabilir (Boorman ve ark. 2013; Serçekuş ve Okumuş 2009).

Kadın daha önce travmatik bir doğum deneyimledi ise ve buna bağlı olarak doğum korkusu geliştirse bu durum “sekonder tokofobi” olarak nitelendirilir. Geçirilmiş travmatik doğum dışında düşük ve ölü doğumlar da sekonder tokofobiye neden olabilmektedir. Sekonder tokofobisi olan kadınlar geçirdikleri travmaya bağlı olarak bebek sahibi olmayı çok isteseler bile gebelikten kaçınırlar (Rondung ve ark. 2016).

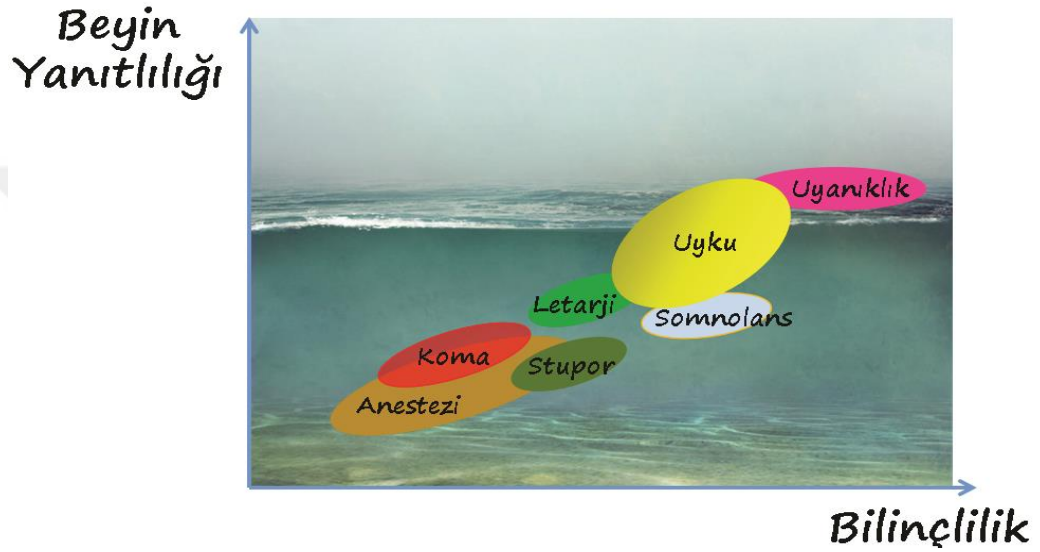
“Prenatal depresyon belirtisi şeklinde olan tokofobi”de kadının doğum öncesi dönemde yaşadığı depresyonla doğum korkusu bir arada görülür. Bu durumdaki kadınlar doğum yapamayacağı, doğumda bebeğinin ya da kendisinin öleceği düşüncesine kapılabilirler (Uçar ve Gölbaşı 2015).

Ülkemizde ve dünyada doğum korkusunun en önemli nedeni doğum ağrısıdır. Bu durumdaki bireyin yaşadığı korku temelde doğumdan değil, sebebi ne olursa olsun ağrıdan kaynaklanmaktadır. Maternal isteğe bağlı sezaryen oranlarındaki artış büyük ölçüde doğum ağrısı korkusuna bağlanmaktadır (Saisto ve Halmesmaki 2003). Korku duygusu aynı zamanda ağrıyı artıran etmenlerdendir. Korku, sempatik sinir sisteminin uyarılması ve adrenalini artırmasıyla doğum esnasında uterus kontraksiyonlarını olumsuz yönde etkilemekte, doğum eyleminin uzamasına ve ağrının artmasına neden olmaktadır (Alessandra ve Roberta 2013).

Doğum korkusu ile baş edebilmek için primer olarak korkuya neden olan faktörün iyi bilinmesi ve korkunun temelinde yatan nedenlere göre hareket edilmesi gerekmektedir. Gebelerin doğum öncesi kurslara katılarak gebelik süresince, doğum esnasında ve doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecek durumlar ve yapması gerekenlere ilişkin bilgilendirilmesi doğum korkusunu azaltacaktır. Doğuma yardımcı olan personellerin doğum esnasında pozitif yönlü ve destekleyici davranması, kadını doğum konusunda bilgilendirerek doğuma katılımının sağlanması, ona özgüven kazandıracak ve doğum korkusuyla baş etmesine yardımcı olacaktır (Aksoy 2015).

4.3.3. Bilinçli Farkındalık

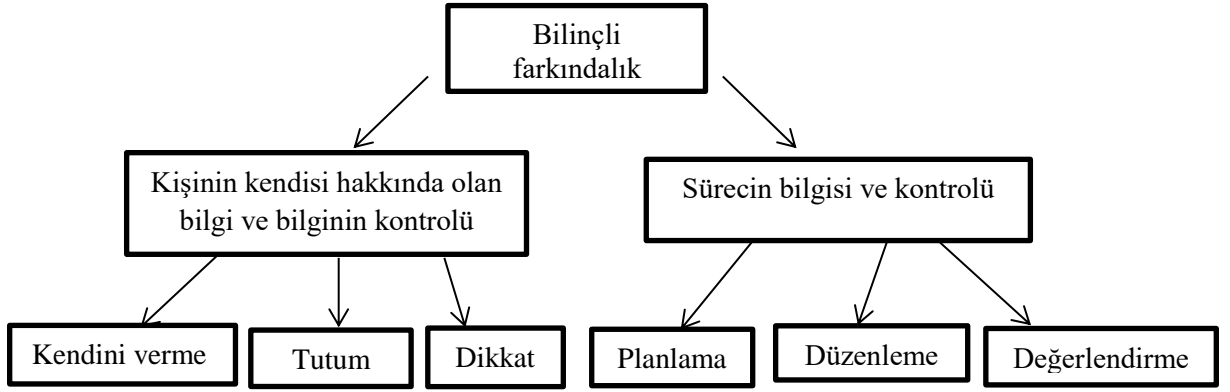
Beynin farklı bilinç durumlarında verdiği tepkiler birbirinden farklıdır. Bilinçlilik ile beyin yanıtılığı arasında doğrusal bir ilişki vardır (Özgören ve ark. 2015). Beyin tepkilerinin minimum düzeyde olduğu anestezi halinden, maksimum olduğu uyanıklık haline doğru gidildikçe bilinçlilik de artar (Şekil 6).



Şekil 6. Bilinç Durumu ve Beyin Yanıtılığı Arasındaki İlişki

Kaynak: Özgören M, Ergönül İ, Güdücü Ç, Bediz CŞ, Öniz A. İnsan Faktörü: Bilişsel işlevler ve izlenme yaklaşımlarına genel bakış. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve İnovasyon Dergisi, 2015; 5: 99.

Psikolojik anlamda bilinç bireyin kendi davranış ve yaşantılarının nedenlerini anlayabilmek için, davranış, duygu ve düşünceleri arasındaki ilişkileri fark etme, kendini inceleme ve kendi üzerinde düşünme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik bilincin, alan yazında aynı zamanda, “iç görü”, “içe bakış”, “kendilik-farkındalığı” şekillerinde de tanımlandığı görülmektedir (Şahin ve Yeniçeri 2015). Bilinçli-farkındalık kişinin içinde olduğu ana dikkatini yoğunlaştırıp, anın içinde yaşanan olayları yargılamaksızın olduğu şekliyle kabullenmesi, iç dünyası ve çevresinde neler olduğunun bilincinde olmasıdır (Özyeşil 2011).



Şekil 7. Bilinçli Farkındalığın Boyutları

Kaynak: Demir Ö, Doğanay A. Bilişsel Farkındalık Becerilerinin Geliştirilmesinde Bilişsel Koçluk Yaklaşımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 2009; 60: 607.

Şekil 7’de görüldüğü gibi bilinçli farkındalık kişinin kendisi hakkındaki bilgisi ve kontrolü ile kişinin süreç hakkındaki bilgisi ve kontrolü olmak üzere iki temel boyutta değerlendirmektedir (Demir ve Doğanay 2009).

Bilinçli farkındalık özenli ve dikkatli olmak anlamına gelmektedir; bilinçli bir şekilde şu anda olana odaklı ve yargılayıcı olmadan dikkati yönlendirmektir. Böyle bir dikkat daha çok farkındalık ve yaşanan anın gerçekliğini kabul etmeyi sağlar. Şu anda yaşanılana olan farkındalık düşük olduğu zaman derin korku ve güvensizlikler ile yönlendirilen, bilincin kontrolünde olmayan otomatik davranışlar çeşitli sorunlara neden olabilir (Brown ve Ryan 2003; Özyeşil 2011).

Bilinçli farkındalık, bireyde negatif duygular açığa çıktığında onları değiştirme veya bastırma yoluna gitmeden, bu duygulardan kaçınıp kendini yargılamadan, açık düşünmenin tercih edilmesidir. Bilinçli farkındalığı yüksek bireyler acı veren problemlerle karşılaştıkları zamanlarda bu problemlere yoğun bir şekilde odaklanmak yerine, problemlerin farkına varırlar. Bu fark etme süreci, negatif yargılamayı ortadan kaldırıp, öz eleştiriyi hafifleterek kendini anlamayı yükseltir (Deniz ve Sümer 2010). Kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalığa sahip bireylerin, daha fazla oranda kişisel kontrol, otonomluk duygusu, yönetsel işlevler, empati, özsaygı, yaşam doyumu, kişisel yeterlilik algısı, iyimserlik özelliklerini taşıdıkları öne sürülmektedir. Bunun yanı sıra bilinçli farkındalık düzeyi yüksek olan bireylerin uyumlu başa çıkma stratejilerini daha çok, kaçınan başa çıkma becerilerini daha az

ve stres veren yaşantılarla başa çıkma becerilerini daha yüksek seviyede kullandıkları anlaşılmıştır (Bowlin ve Baer 2012).

4.3.3.1. Bilinçli Farkındalık Anlarının Özellikleri

Germer (2005) bilinçli farkındalık anlarını özelliklerine göre sekiz grupta değerlendirmiştir. Farkındalık anlarının özellikleri şunlardır (Ülev 2014; Özyeşil ve ark. 2011):

- 1. Kavramsal değildir (nonconceptual):** Bilinçli farkındalık, düşünce süreçlerindeki yorumlamalar olmaksızın farkında olma halidir.
- 2. Şimdi odaklıdır (present-centered):** Bilinçli farkında olma, daima şimdiki anda olmaktır. Yaşadıklarımıza ilişkin düşüncelerimiz şuanın bir aşama sonrasındır.
- 3. Yargılayıcı değildir (nonjudgemental):** Deneyimlediğimiz şeylerin olduğu halinden başka olmasını istiyorsak bilinçli farkındalığın kolay oluşması beklenmez.
- 4. Amaçlıdır (intentional):** Bilinçli farkındalık, daima dikkati belirli bir noktaya yöneltme maksadı gerektirir. Dikkati şuanı tekrar yöneltme, bilinçli farkındalığın zamanla devamlı bir şekilde oluşmasını sağlar.
- 5. Kendini gözlemlemeyi gerektirir (participant observation):** Bilinçli farkındalık, kişinin kendi bedeni ve ruhunu yakından gözlemlemesi ve tanımasıdır.
- 6. Sözel değildir (nonverbal):** Bilinçli farkındalık kelimelerin zihinde canlanmasından önce meydana gelir. Bu sebeple sözcüklerin ötesindedir.
- 7. Keşfe dayalıdır (exploratory):** Bilinçli farkındalık, her zaman algıyı ve onun daha üst düzeylerini keşfeder.
- 8. Özgürleştiricidir (liberating):** Bilinçli farkındalık, anları bireyi koşullamalardan kurtararak özgürleştirir.

4.4. KONUYLA İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Alan yazın incelendiğinde, araştırmaların daha çok gebelerin doğum şekli tercihi ve nedenlerini, tercihi etkileyen sosyo-demografik özellikleri, sezaryen doğum yapanların özelliklerini ve doğum öncesi bakım kapsamında verilen eğitimlerinin etkinliğini (korku, hazır oluşluk, bilinçli farkındalık, annelik uyumu, başarılı emzirme vb.) değerlendirmeye yönelik olduğu görülmektedir.

Ergöl ve Kürtüncü'nün (2014) bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum nedenlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların %79,2'sinin sezaryen, %20,8'inin ise normal doğum yaptığını bulmuşlardır (Ergöl ve Kürtüncü 2014). Karabulutlu (2012) yaptığı çalışmasında kadınların %78,8 gibi yüksek bir oranla normal doğum tercih ettiğini açıklamıştır. Kadınlar sezaryen tercih nedenlerini ise sırasıyla normal doğumdan korkma, doktor yönlendirmesi ve ağrısız doğum yapma şeklinde ifade etmişlerdir (Karabulutlu 2012). Vatansever ve Okumuş (2013) gebelerin doğum şekline karar verme durumlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında gebelerin %77,3'ünün normal, 13,8'inin sezaryen doğum tercih ettiğini saptamışlardır (Vatansever ve Okumuş 2013). Aksu ve Özsoy (2015) ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum tercihleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada öğrencilerin %76,5'inin normal doğum tercih ederken sadece %7,2'sinin sezaryen tercih ettiğini saptamışlardır (Aksu ve Özsoy 2015). Duran ve Atan (2011) kadınların doğuma bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmalarında; normal doğum tercih eden kadınların normal doğumu doğal bir süreç olarak gördüğü, daha sağlıklı bulunduğu, çabuk iyileşme ve doğum sonrasında erken ayağa kalkma gibi nedenlerle seçtiğini saptamışlardır. Sezaryen tercih eden kadınların ise sezaryeni anne ve bebek için daha güvenli olması ve ağrısız doğum yapmak istemeleri nedeniyle seçtiklerini ifade etmişlerdir (Duran ve Atan 2011). Güzel (2014) Zonguldak'ta bir hastaneye başvuran kadınların bilgi, tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihlerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada ve yurt dışında Ryding ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada kadınların doğum şekli tercihleri ve sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklar bulmuşlardır (Güzel 2014; Ryding ve ark. 2016). Shi ve arkadaşları (2016) doğum şekli tercihleri ve nedenlerini belirlemek amacıyla yaptıkları

çalışmalarında sezaryen tercihini % 21,3, normal doğum tercihini %78,7 olarak saptamış, normal doğum tercih edenlerin daha çok çabuk iyileşme, doğal ve sağlıklı olması ve doğum sonu emzirmeyi olumlu etkilediği nedeniyle tercih ettiklerini, sezaryen tercih edenlerin ise normal doğumla ilgili korku ve endişelerinin olması nedenleriyle tercih ettikleri sonucunu bulmuşlardır (Shi ve ark. 2016). Lowe (2000) nulliplarlarda doğumda yeterlilik ve doğum korkusunu değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında doğuma hazır olan gebelerin doğumdan daha az korktuğunu saptamıştır (Lowe 2000).

Fjorback ve arkadaşları (2011), Grossman ve arkadaşları (2004), Dunn ve arkadaşları (2012), Tomfohr-Madsen ve arkadaşları (2016), Goodman ve arkadaşları (2014), Byrne ve arkadaşları (2014), Zilcha-Mano ve Langer (2016) ve Perez-Blasco ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmış çalışmalarda doğum öncesi dönemde bilinçli farkındalık temelli eğitimler alan gebelerin daha başarılı bir doğum deneyimi yaşadığı ve doğum sonrası emzirmede daha başarılı olduğu; bu eğitimlerin stres, kaygı, depresif belirtiler ile gebelik sırasında duygusal sıkıntıyı azaltmada etkili olduğu; doğum korkusunu azaltıp annenin öz yeterliliğini artırdığını saptamışlardır (Grossman ve ark. 2004; Fjorback ve ark. 2011; Dunn ve ark. 2012; Perez-Blasco ve ark. 2013; Goodman ve ark. 2014; Byrne ve ark. 2014; Zilcha-Mano ve Langer 2016; Tomfohr-Madsen ve ark. 2016).

Alan yazında gebelerin doğum korkusu, doğuma hazır oluş ve doğum deneyimlerine ilişkin çalışmalarda, gebelere verilen doğum öncesi eğitimlerin birçok parametre üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Nieminen ve ark. 2009; Kızılırmak 2011; Haines ve ark. 2012; Elvander ve ark. 2013; Subaşı ve ark. 2013; Körükçü ve Kukulcu 2016; Afshar ve ark. 2016; Ertuğrul 2016).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Gebelerin doğum şekline karar vermelerinde doğuma hazır oluşlukları, doğum korkuları ve bilinçli farkındalık düzeylerinin etkisinin incelenmesidir.

5.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma analitik kesitsel tipte planlandı.

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı, merkez ilçelerde yer alan altı aile sağlığı merkezinde Ocak 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında yürütüldü.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Manisa ili Merkez ilçelerde (Yunus Emre ve Şehzadeler) bulunan ASM'lerine kayıtlı gebeler oluşturdu (N=4881). Araştırmanın çalışma grubunun belirlenmesinde; Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (1999) verilerine göre; Manisa il merkezindeki ASM'lerinin bölgelerinin yüksek, orta ve düşük sosyo-ekonomik düzey olarak tabakalanması temel alındı. Önce Merkez ilçelerdeki ASM'ler listelendi ve gebe sayıları orantılandı. Araştırmanın örnekleme Epi info 2000 programında bilinen evren büyüklüğünden (N=4881) hareketle, %95 güven aralığı, 0,05 sapma miktarı ve bilinmeyen prevalans %50 alınarak en küçük örneklem sayısı 356 olarak hesaplandı. ASM'lerinin numaraları kağıtlara yazılarak, kura yöntemiyle her tabakadan ASM'ler seçildi. Tabakalı orantılı örnekleme yöntemi kullanılarak, kurada belirlenen Merkez ASM'lerinin en küçük örneklem sayısı hesaplandı (Tablo 4). Araştırmanın örneklemini, belirlenen ASM'lere kayıtlı olan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 363 gebe oluşturdu (n=363).

Tablo 4. Araştırmanın Yürütüldüğü ASM Bölgelerinin Sosyo-ekonomik Sınıflandırması

Sosyo-ekonomik Sınıf	Kurada Belirlenen ASM'ler	Toplam Gebe Sayısı	Örnekleme Alınacak Gebe Sayısı	Araştırma Örneklemini Oluşturan Gebe Sayısı
İyi	Yunusemre 1 Nolu ASM	145	28	30
	Şehzadeler 1 Nolu ASM	448	85	86
Orta	Yunusemre 8 Nolu ASM	382	73	74
	Şehzadeler 2 Nolu ASM	289	55	56
Kötü	Şehzadeler 4 Nolu ASM	337	64	64
	Şehzadeler 5 Nolu ASM	269	51	53
Toplam		1870	356	363

Araştırmaya alınma kriterleri şöyle belirlendi:

- 18 yaş ve üzeri olanlar
- Okur-yazar olanlar
- Gebelik sürecinde olanlar
- Tanı almış ruhsal hastalığı bulunmayanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar.

Araştırmadan dışlama kriterleri:

- Herhangi bir gebelik komplikasyonu gelişmiş olanlar
- Okuma yazması olmayanlar şeklinde belirlendi.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni gebelerin doğum şekli tercihleridir. Bağımsız değişkenleri ise doğuma hazır oluşluk, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık düzeyi, sezaryen doğum tercih nedeni, normal doğum tercih nedeni, sosyo-demografik özellikler (yaş, yaşanılan yer, çalışma durumu, eğitim, gelir durumu, aile tipi vb.) ve obstetrik özelliklerdir (gebelik sayısı, küretaj sayısı, varsa önceki doğum şekli vb.).

5.6. Araştırma Soruları

Araştırmanın sorusu ‘‘gebelerin doğum şekli tercihlerini doğuma hazır oluşlukları, doğum korkuları ve bilinçli farkındalık düzeyleri etkiler mi?’’ şeklinde belirlendi.

Araştırmanın alt soruları ise şunlardır:

- Doğuma hazır oluşluk düzeyi yüksek olan gebelerin doğum tercihleri ile doğuma hazır oluş düzeyi düşük olan gebelerin doğum şekli tercihleri arasında fark var mıdır?
- Doğum korkusu düzeyi yüksek olan gebelerin doğum şekli tercihleri doğum korkusu düzeyi düşük olan gebeler ile farklı mıdır?
- Bilinçli farkındalık düzeyi yüksek olan gebeler ile bilinçli farkındalık düzeyi düşük olan gebelerin doğum şekli tercihleri arasında fark var mıdır?
- Gebelerin doğum şekli tercihini belirleyen sosyo-demografik ve obsterik özellikler nelerdir?

5.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Gebe Tanıtım Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu Alt Ölçekleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği'dir.

5.7.1. Gebe Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından alan yazın doğrutusunda hazırlanan Gebe Tanıtım Formu, gebelerin obstetrik öykülerini, doğum tercihleri ve nedenleri ile sosyo-demografik özelliklerini incelemeye yönelik 14 sorudan oluşturulmuş bir veri toplama aracıdır (Ek 1).

5.7.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Lederman'ın 1979 yılında geliştirdiği Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği gebelerin, gebelik ve anneliğe uyum durumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır (Ek 2). Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Beydağ ve Mete (2008) tarafından yapılmıştır. Beydağ ve Mete ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını, Denizli il merkezindeki gebeler üzerinde yürütmüş ve çalışmasına okuma yazma bilen, fiziksel ya da psikolojik bir problemi bulunmayan toplam 405 gebeyi dahil etmiştir. Ölçek toplamda 7 alt boyut ve 79 maddeden oluşmaktadır. Türkçe'ye çevrilen ölçeğin toplam boyutunda iç tutarlık katsayısının yüksek düzeyde (Cronbach alfa: 0,81), alt grupların iç tutarlık güvenilirlik katsayılarının ise 0,72 ile 0,85 arasında olduğu saptanmıştır (Beydağ ve Mete 2008).

Bu araştırmada, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin 10 maddelik "Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği" ve 10 maddelik "Doğum Korkusu Alt Ölçeği" kullanıldı. Her iki alt ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. Gebeliğe uyum 1'den 4'e (4:Çok fazla tanımlıyor, 3: Kısmen tanımlıyor, 2: Biraz tanımlıyor, 1: Hiç tanımlamıyor) kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmektedir. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu Alt Ölçekleri'nin her ikisinde de en düşük 10, en yüksek 40 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Beydağ ve Mete 2008).

Geçerlik- güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerden "Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği" için Cronbach alfa değeri 0,72, "Doğum Korkusu Alt Ölçeği" için Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bildirilmiştir (Beydağ ve Mete 2008). Bu araştırmada alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri "Doğuma Hazır Oluş" için 0,65, "Doğum Korkusu" için ise 0,71 olarak saptandı.

5.7.3.Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Özyeşil ve arkadaşlarının yaptığı (2011) Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçen 15 maddelik bir ölçektir (Ek 3). BİFÖ tek faktörlü bir yapıya sahiptir ve tek bir toplam puan verir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu gösterir. BİFÖ 6 dereceli (Hemen hemen her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, oldukça seyrek, hemen hemen hiçbir zaman) Likert tipi bir ölçektir (Brown ve Ryan 2003; Özyeşil ve ark. 2011). Ölçeğin güvenilirliği için madde analizine bağlı olarak hesaplanan cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,80 ve

test-tekrar test korelasyonu 0,86'dır (Özyeşil ve ark. 2011). Bu çalışmada ise BİFÖ cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,74 bulundu.

5.8. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, etik kurul onayı ve Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli resmi izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından toplandı. Araştırma verileri Yunusemre 1 Nolu ve 8 Nolu Aile Sağlığı Merkezleri ile Şehzadeler 1 Nolu, 2 Nolu, 4 Nolu ve 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı, rutin doğum öncesi izlemler için aile sağlığı merkezine başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden gebelerden öz bildirim yöntemi ile toplandı.

5.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 15.00 paket programı kullanıldı. Verilerin çözümlenmesinde dağılımın parametrik koşulları sağlayıp sağlamadığı normal dağılıma uygunluk testleri ile değerlendirildi. Araştırmada kullanılan ölçeklerin puanları Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildiğinde p değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Dolayısıyla ölçek puan dağılımlarının parametrik test varsayımlarını yerine getirmediği kararı ile verilerin analizinde parametrik olmayan testler kullanıldı.

Verilerin analizinde gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini, normal doğum ve sezaryen doğum tercih nedenlerini tanımlamak için sayı yüzde dağılımları yapıldı. Sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerle ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Mann Whitney U testi; ölçeklerin birbiri ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi gerçekleştirildi. Ki-kare çözümlenmeleri sonrası, gebelerin doğum şekli tercihlerini açıklayan çoklu lojistik regresyon analizleri ile modeller yapıldı.

5.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bazı gebelerin onam formunu imzalamada çekimser davranması ve bu sebeple anket formlarını yanıtlamak istememeleri ve gebelerin gebe eğitim sınıflarına katılıp katılmadıklarının sorulmaması bu araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir. Yine çalışma ASM’de kayıtlı gebeler ile yürütüldüğünden, ayrıca özel hekim, özel hastane takiplerine ilişkin veriler ve doğum şekli tercihinin doğumda hangi yönde gerçekleştiğine ilişkin sonuç verileri değerlendirilemedi. Telefon bilgilerine erişimin kısıtlı kalması, araştırma süresince sonlanmamış gebeliklerin varlığı vb. nedenler sonuç verileri için engelleyici oldu.

5.11.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurulu’ndan onay (Ek 4) ve Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden (Ek 5) gerekli resmi izinler alındı. Veri toplama aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nu (Ek 6) okuyup imzalamaları istendi.

6. BULGULAR

6.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri, Doğum Tercihleri ve Nedenlerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5’ te gösterildi.

Tablo 5. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikler	n	%
Gebenin Yaşı *27,69±5,31 ,**Min:18,00, Maks:45,00, Ortanca: 28,00)		
28 yaş ve altı	210	57,9
28 yaş üzeri	153	42,1
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi		
İl merkezi	182	50,1
İlçe merkezi	93	25,6
Köy/kasaba	88	24,3
Gelir Algısı		
İyi (gelir giderden fazla)	128	35,3
Orta (gelir gidere denk)	206	56,7
Kötü (gelir giderden az)	29	8,0
Sağlık Sigortası Varlığı		
Var	324	89,3
Yok	39	10,7
Gebenin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	37	10,2
İlkokul mezunu	80	22,0
Ortaokul mezunu	86	23,8
Lise mezunu	92	25,3
Üniversite mezunu	68	18,7
Eşin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	17	4,7
İlkokul mezunu	79	21,8
Ortaokul mezunu	71	19,6
Lise mezunu	110	30,2
Üniversite mezunu	86	23,7
Gebenin Yaptığı İş		
Ev hanımı	249	68,6
Memur	47	12,9
İşçi	35	9,6
Serbest meslek	22	6,1
Çalışmıyor (işsiz)	10	2,8
Toplam	363	100,0

*Ortalama ±Standart sapma, ** En küçük, en büyük değer

Tablo 5. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri (Devamı)

Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikler	n	%
Eşin Yaptığı İş		
Memur	68	18,8
İşçi	142	39,3
Serbest meslek	135	36,9
Çalışmıyor (işsiz)	18	5,0
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	262	72,2
Geniş aile	99	27,2
Parçalanmış aile	2	0,6
Önceki Doğum Şekli***		
Normal doğum	129	58,6
Sezaryen doğum	91	41,4
Bugüne Kadarki Toplam Gebelik Sayısı (*2,15±1,26, **Min: 1,00, Maks: 8,00, Ortanca: 2,00)		
Primipar	143	39,4
Multipar	220	60,6
Gebelik Haftası (*25,76±9,62, **Min: 3,00, Maks: 4,00, Ortanca: 28,00 hafta)		
Birinci trimester	45	12,4
İkinci trimester	95	26,2
Üçüncü trimester	223	61,4
Düşük/Küretaj Sayısı(*0,33±0,68, **Min: 0,00, Maks: 5,00, Ortanca: 0,00)		
Düşük/küretaj yok	271	74,7
1 düşük/küretaj	73	20,1
2 veya üzeri düşük/küretaj	19	5,2
Toplam	363	100,0

*Ortalama ±Standart sapma, ** En küçük, en büyük

***Yüzdeler multiparların sayısı (n=220) üzerinden hesaplandı.

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının 27,69±5,31 ve %57,6'sının 28 yaş ve altında olduğu, %50,1'inin en uzun süre il merkezinde yaşadığı, %56,7'sinin orta gelir grubunda olduğu, %89,3'ünde sağlık sigortasının bulunduğu, %25,3'ünün lise mezunu olduğu, %30,3'ünün eşinin lise mezunu, %68,6'sının ev hanımı, %39,3'ünün eşinin işçi, %72,2'sinin çekirdek aile yapısında olduğu saptandı. Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; %58,62'sinin daha önce normal doğum yaptığı, ortalama gebelik sayılarının 2,15±1,26 ve %60,6'sının multipar olduğu, ortalama gebelik haftalarının 25,76±9,62 ve %61,4'ünün üçüncü trimesterde olduğu, ortalama düşük küretaj sayılarının 0,33±0,68 olduğu ve %74,7'sinin daha önce hiç düşük veya küretaj olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenleri (n=363)

Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenleri	n	%
Doğum Tercihi		
Normal doğum	226	62,3
Sezaryen doğum	137	37,7
Normal Doğum Tercih Nedenleri* (n=226)		
Dışsal Faktörler		
Çevre baskısı	12	3,3
Ebe/hemşire/doktor yönlendirmesi	48	13,2
Maliyetinin düşük olması	52	14,3
Olumlu Sağlık Etkileri		
Erken iyileşme ve eve çabuk dönmek için	181	49,9
Daha az kanama olması	41	11,3
Daha az enfeksiyon olması	56	15,4
Daha erken emzirebilmek için	85	23,4
Daha sağlıklı	44	12,1
Kişisel Faktörler		
Anestezi/ameliyat korkusu	48	13,2
Önceki doğumun vajinal yolla olması	67	18,5
Üçten fazla çocuk isteği	15	4,1
Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri** (n=137)		
Dışsal Faktörler		
Ebe, hemşire, doktor yönlendirmesi	44	12,1
Önceki doğumun sezaryen olması	31	8,5
Olumlu Sağlık Etkileri		
Doğum zamanını önceden belirleyebilme şansı olduğundan	27	7,4
Tüplerini bağlatma isteği	4	1,1
İleri yaş nedeniyle	9	2,5
Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü	3	0,8
Olumsuz Sağlık Etkileri ve Korku Kaynakları		
Bebeği riske atmamak için	88	24,2
Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu	27	7,4
Ağrı çekmemek için	87	24,0
Normal doğum korkusu	88	24,2
Önceki zor doğum öyküsü	17	4,7
İleride büyük tuvaletini tutamama korkusu	14	3,9
İleride idrarını tutamama korkusu	16	4,4
Cinselliği koruma kaygısı	21	5,8
Rahim ve diğer organların sarkması korkusu	13	3,6

*Her birey birden fazla ifade kullandı, yüzdeler normal doğum tercih eden gebeler (n= 226) üzerinden hesaplandı.

** Her birey birden fazla ifade kullandı, yüzdeler sezaryen tercih eden gebeler (n= 137) üzerinden hesaplandı.

Tablo 6’da gebelerin doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerine ilişkin bulgular verildi. Gebelerin %62,3’ünün normal doğumu tercih ettiği, normal doğum tercih eden gebelerin tercih nedenleri; dışsal faktörlerden %14,3 maliyetinin düşük olması, olumlu sağlık etkilerinden %49,9 erken iyileşme ve eve çabuk dönmek için, kişisel

faktörlerden ise %18,5 önceki doğumun normal yolla olması şeklinde bulundu. Sezaryen doğum tercih ettiğini ifade eden gebelerin (%37,7) dışsal faktörlerden %12,1 ebe, hemşire, doktor yönlendirmesi, olumlu sağlık etkilerinden %7,4 doğum zamanını önceden belirleyebilme, olumsuz sağlık etkileri ve korku kaynaklarından %24,2 bebeği riske atmamak ve normal doğum korkusu nedenleriyle tercih ettiği saptandı (Tablo 6).

Tablo 7. Gebelerin Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu Alt Ölçekleri ile Bilinçli Farkındalık Ölçeklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (n=363)

Ölçekler	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Min-Maks**
Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği				
Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği	20,88	21,00	6,00	11,00-30,00
Doğum Korkusu Alt Ölçeği	22,70	23,00	6,00	13,00-33,00
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	58,52	59,00	17,00	37,00-79,00

*ÇAA: Çeyrekler arası aralık, ** En küçük, en büyük değer

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği puan dağılımları incelendiğinde, ortanca puan değeri 21,00 (ÇAA:6,00) olup, Doğum Korkusu Alt Ölçeği ortanca puan değeri ise 23,00 (ÇAA:6,00) olarak bulundu. Gebelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği ortanca puan değeri ise 59,00 (ÇAA:17,00) olarak bulundu (Tablo 7).

Tablo 8. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi (n=363)

	Doğum Şekli Tercihi			X ² *	p
	Normal Doğum n(%)	Sezaryen Doğum n(%)	Toplam n(%)		
Gebenin Yaşı					
28 yaş ve altı	141(67,1)	69(32,9)	210(100,0)		
28 yaş üzeri	85(56,6)	68(44,4)	153(100,0)	5,058	0,025
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi					
İl	102(56,0)	80(44,0)	182(100,0)		
İlçe	71(76,3)	22(23,7)	93(100,0)	10,999	0,004
Köy/Kasaba	53(60,2)	35(39,8)	88(100,0)		

*X²: Pearson Ki kare testi değeri

Tablo 8. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi (n=363) (Devamı)

	Doğum Şekli Tercihi			X ² **	p
	Normal Doğum n(%)	Sezaryen Doğum n(%)	Toplam n(%)		
Gelir Algısı					
İyi	71(55,5)	57(44,5)	128(100,0)		
Orta/ Kötü	155(66,0)	80(34,0)	235(100,0)	3,880	0,049
Sağlık Sigortası Varlığı					
Var	192(59,3)	132(40,7)	324(100,0)		
Yok	34(87,2)	5(18,8)	39(100,0)	11,620	0,003
Gebenin Eğitim Düzeyi					
Ortaokul mezunu ve altı	145(71,4)	58(28,6)	203(100,0)		
Lise mezunu ve üzeri	81(50,6)	79(49,4)	160(100,0)	16,480	0,000
Eşin Eğitim Düzeyi					
Ortaokul mezunu ve altı	125(74,9)	42(25,1)	167(100,0)		
Lise mezunu ve üzeri	101(51,5)	95(48,5)	196(100,0)	20,869	0,000
Gebenin Çalışma Durumu					
Çalışıyor	52(50,0)	52(50,0)	104(100,0)		
Çalışmıyor/ev hanımı	174(67,2)	85(32,8)	259(100,0)	9,322	0,002
Eşin Çalışma Durumu					
Çalışıyor	210(61,2)	135(38,8)	345(100,0)		
Çalışmıyor	14(77,8)	4(22,2)	18(100,0)	1,990	0,158
Aile Yapısı					
Çekirdek aile	160(60,6)	104(39,4)	264(100,0)		
Geniş aile	66(66,7)	33(33,3)	99(100,0)	1,126	0,289
Önceki Doğum Şekli (n=220)**					
Normal Doğum	112(86,8)	17(13,2)	129(100,0)		
Sezaryen Doğum	17(18,7)	74(81,3)	91(100,0)	102,148	0,000
Gebelik Haftası					
Birinci trimester	25(55,6)	20(44,4)	45(100,0)		
İkinci trimester	57(60,0)	38(40,0)	95(100,0)		
Üçüncü trimester	144(64,6)	79(35,4)	223(100,0)	1,576	0,455
Gebelik Sayısı					
Primipar	97(67,8)	46(32,2)	143(100,0)		
Multipar	129(58,6)	91(41,4)	220(100,0)	3,119	0,077
Düşük/Küretaj Sayısı					
Düşük/küretaj yok	172(63,5)	99(36,5)	271(100,0)		
Düşük/küretaj var	54(58,7)	38(41,3)	92(100,0)	4,845	0,890

**İlk gebeliği olan 143 gebe analiz dışı bırakıldı, veriler multiparlar (n= 220) üzerinden değerlendirildi.

Tablo 8' de gebelerin doğum şekli tercihleri ile sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri karşılaştırıldı. Gebelerin yaşı, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, gelir algısı, sağlık sigortası, gebenin eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, gebenin çalışma

durumu, önceki doğum şekli ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Normal doğum tercih eden gebelerin; 28 yaş ve altı, en uzun süre ilçede yaşayan, orta/kötü ekonomik düzeyde, sağlık sigortası olmayan, kendisi ve eşi ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip, çalışmayan, önceki doğumu normal doğum olan gebeler olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sezaryenle doğum tercih eden gebelerin; 28 yaş üzeri, en uzun süre il merkezinde ya da köy/kasabada yaşayan, iyi ekonomik düzeyde, sağlık sigortası olan, kendisi ve eşi lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip, çalışan, önceki doğumu sezaryen olan gebeler olduğu saptandı ($p<0,05$).

Eşlerin çalışma durumu, aile yapısı, gebelik haftası, gebelik sayısı ve düşük/küretaj sayıları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

6.2. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 9. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerine Göre Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=363)

Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri	n	Doğuma Hazır Oluşluk Alt Ölçeği			
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	z **/p
Doğum Tercihi					
Normal doğum	226	19,98	20,00	5,00	z= -5,858
Sezaryen doğum	137	22,43	23,00	5,50	p= 0,000
Normal Doğum Tercih Nedenleri (n=226)					
Dışsal Faktörler					
Evet	85	19,90	19,00	5,50	z= -2,587
Hayır	278	21,17	21,00	6,00	p= 0,010
Olumlu Sağlık Etkileri					
Evet	198	19,80	19,00	5,00	z= -5,660
Hayır	165	22,17	23,00	6,00	p= 0,000
Kişisel Faktörler					
Evet	106	19,83	19,00	5,00	z= -3,317
Hayır	257	21,30	21,00	6,00	p=0,001
Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri (n=137)					
Dışsal Faktörler					
Evet	65	22,96	23,00	6,00	z= -4,618
Hayır	298	20,42	20,00	5,50	p= 0,000
Olumlu Sağlık Etkileri					
Evet	36	22,11	23,00	5,75	z= -2,075
Hayır	327	20,73	21,00	6,00	p= 0,038
Olumsuz Sağlık Etkileri ve Korku Kaynakları					
Evet	126	22,58	23,00	5,75	z= -6,053
Hayır	237	19,98	20,00	5,50	p= 0,000

* ÇAA: Çeyrekler arası aralık, **:z: Mann Whitney U testi değeri

Tablo 9’ da gebelerin doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerine göre Doğuma Hazır Oluş puanları karşılaştırıldı. Normal doğumu tercih eden gebelerin Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği ortanca puanlarının (20,00; ÇAA:5,00), sezaryen doğumu tercih edenlerin ortanca puanlarından (23,00; ÇAA:5,50) anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($p<0,05$). Normal doğumu tercih etme nedenlerini ifade edenlerin Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği puanları daha düşük bulundu ($p<0,05$). Sezaryen doğumu tercih etme nedenlerini belirtenlerin ise Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği puanları daha yüksek olarak saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerine Göre Doğum Korkusu Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=363)

Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri	Doğum Korkusu Alt Ölçeği				
	n	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	z **/p
Doğum Tercihi					
Normal doğum	226	21,35	22,00	5,00	z= -7,930
Sezaryen doğum	137	24,96	26,00	6,00	p= 0,000
Normal Doğum Tercih Nedenleri (n=226)					
Dışsal Faktörler					
Evet	85	20,77	21,00	6,00	z= -4,757
Hayır	278	23,28	23,00	7,00	p= 0,000
Olumlu Sağlık Etkileri					
Evet	198	21,14	21,00	6,00	z= -7,757
Hayır	165	24,58	25,00	7,00	p= 0,000
Kişisel Faktörler					
Evet	106	21,31	21,50	5,00	z= -4,011
Hayır	257	23,27	23,00	7,00	p= 0,000
Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri (n=137)					
Dışsal Faktörler					
Evet	65	24,87	25,00	5,75	z= -4,612
Hayır	298	22,22	22,00	6,00	p= 0,000
Olumlu Sağlık Etkileri					
Evet	36	24,25	24,50	6,75	z= -2,299
Hayır	327	22,52	22,00	7,00	p= 0,021
Olumsuz Sağlık Etkileri ve Korku Kaynakları					
Evet	126	25,30	26,00	6,00	z= -8,484
Hayır	237	21,33	21,00	5,00	p= 0,000

* ÇAA: Çeyrekler arası aralık/açıklık, **z: Mann Whitney U testi değeri

Tablo 10’ da gebelerin doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerine göre Doğum Korkusu Alt Ölçeği puanları karşılaştırıldı. Katılımcıların doğum tercihleri, normal doğum ve sezaryenle doğum tercih nedenlerinin tüm alt kategorileri ile doğum korkusu puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Tercihi normal doğum olanların, normal doğum tercih nedenlerini dışsal faktörler, olumlu sağlık etkileri ve kişisel faktörler olarak ifade edenlerin Doğum Korkusu Alt Ölçeği puan ortancaları daha düşükken, sezaryen doğum tercih edenlerin ve tercih nedenlerini belirtenlerin (dışsal faktörler, olumlu sağlık etkileri ve olumsuz sağlık etkileri / korku kaynakları) doğum korkusu puan ortancaları daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerine Göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=363)

Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri	n	Bilinçli Farkındalık Ölçeği			
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	z** /p
Doğum Tercihi					
Normal doğum	226	60,68	63,00	14,00	z= -5,073
Sezaryen doğum	137	54,97	54,00	16,50	p=0,000
Normal Doğum Tercih Nedenleri (n=226)					
Dışsal Faktörler					
Evet	85	58,42	61,00	16,50	z= -0,265
Hayır	278	58,45	59,00	17,00	p= 0,791
Olumlu Sağlık Etkileri					
Evet	198	61,33	63,00	12,50	z= -5,655
Hayır	165	55,79	55,00	17,00	p= 0,000
Kişisel Faktörler					
Evet	106	58,96	60,00	15,00	z= -0,486
Hayır	257	58,31	59,00	19,00	p= 0,627
Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri (n=137)					
Dışsal Faktörler					
Evet	65	54,95	52,00	16,75	z= -3,906
Hayır	298	60,12	61,00	16,00	p= 0,000
Olumlu Sağlık Etkileri					
Evet	36	54,91	52,00	17,00	z= -2,752
Hayır	327	59,68	61,00	16,00	p= 0,006
Olumsuz Sağlık Etkileri ve Korku Kaynakları					
Evet	126	54,43	53,00	16,00	z= -5,292
Hayır	237	60,63	63,00	14,00	p= 0,000

* ÇAA: Çeyrekler arası aralık/açıklık, **z: Mann Whitney U testi değeri

Tablo 11’ de gebelerin doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerine göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları karşılaştırıldı. Normal doğum tercih eden gebelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği ortanca puanları (63,00; ÇAA:14,00), sezaryen doğumu tercih eden gebelerin ortanca puanlarından (54,00; ÇAA:16,50) istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Normal doğum tercih nedenlerinden olumlu sağlık etkilerini söyleyen gebelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Sezaryen doğum tercih nedenlerinden dışsal faktörleri, olumlu sağlık etkilerini, olumsuz sağlık etkileri ve korku kaynaklarını ifade eden gebelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Normal doğum tercih nedenlerinden dışsal faktörler ve kişisel faktörler ile bilinçli farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçekleri ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=363)

	Doğum Korkusu Ölçeği	Bilinçli Farkındalık Ölçeği
Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği	$r_s = 0,517^*$ $p=0,000$	$r_s = -0,374^*$ $p=0,000$
Doğum Korkusu Alt Ölçeği	-	$r_s = -0,533^*$ $P=0,000$

* r_s : Spearman Korelasyon testi değeri

Tablo 12’de Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği, Doğum Korkusu Alt Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçek Puanları arasındaki ilişki gösterildi. Doğuma Hazır Oluş ile Doğum Korkusu Alt Ölçekleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0,517$, $p<0,05$) ilişki, Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasında negatif yönde düşük ilişki ($r_s= -0,374$, $p<0,05$), Doğum Korkusu Alt Ölçeği ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği arasında ise negatif yönlü orta düzeyde ilişki ($r_s= -0,533$, $p<0,05$) olduğu saptandı. Dolayısıyla; gebelerin bilinçli farkındalık puanlarındaki artış ile doğuma hazır oluş ve doğum korkusu puanlarında azalma olmakta; doğuma hazır oluş puanları arttığında doğum korkusu puanlarında da artış olmaktadır (Tablo 12).

6.3. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 13. Çoklu Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler Listesi ve Kodlamaları (n= 363)

Değişkenler	Kodlamaları*	Frekansları
Bağımlı Değişken		
Doğum şekli tercihi	0. Normal doğum (ref)	226
	1. Sezaryen doğum	137
Bağımsız Değişkenler		
Gebenin yaşı	0. 28 yaş ve altı (ref)	210
	1. 28 yaş üzeri	153
En uzun yaşanılan yerleşim birimi	0. İlçe merkezi (ref)	93
	1. İl merkezi/ köy ve kasaba	270
Gelir düzeyi	0. Orta /kötü (ref)	235
	1. İyi	128
Sağlık sigortası varlığı	0. Sigorta yok(ref)	39
	1. Sigorta var	324
Gebenin eğitim düzeyi	0. Ortaokul ve altı (ref)	203
	1. Lise ve üzeri	160
Eşin eğitim düzeyi	0. Ortaokul ve altı (ref)	167
	1. Lise ve üzeri	196
Gebenin çalışma durumu	0. Çalışmıyor (ref)	259
	1. Çalışıyor	104
Önceki doğum şekli	0. Normal doğum (ref)	129
	1. Sezaryen doğum	91
Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği puanı	0. Ortanca puan (21,00) ve altı (ref)	202
	1. Ortanca puan üstü	161
Doğum Korkusu Alt Ölçeği puanı	0. Ortanca puan (23,00) ve altı (ref)	205
	1. Ortanca puan üstü	158
Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı	0. Ortanca puan (59,00) üstü (ref)	181
	1. Ortanca puan ve altı	182

*ref: Referans değeri

Çoklu lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenler listesi ve kodlamaları Tablo 13'te gösterildi.

Tablo 14. Gebelerin Doğum Şekli Tercihini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modeli Sonuçları (n= 363)

Değişkenler	β	S.E. (Standart hata)	Wald istatistiği	df (Serbestlik derecesi)	Sig. (Önem seviyesi)	Exp(β) (ODDS oranı)	Exp(β) için %95,0 güven aralığı	
							Alt	Üst
Gebenin yaşı	0,19	0,45	0,19	1	0,66	1,21	0,51	2,91
En uzun yaşanılan yerleşim birimi	1,28	0,58	4,78	1	0,02	3,59	1,14	11,27
Gelir algısı	0,64	0,46	1,90	1	0,17	1,89	0,76	4,71
Sağlık sigortası varlığı	0,75	0,87	0,74	1	0,39	2,12	0,38	11,76
Gebenin eğitim düzeyi	0,60	0,54	1,23	1	0,27	1,82	0,63	5,30
Eşin eğitim düzeyi	0,23	0,53	0,18	1	0,67	1,25	0,44	3,54
Gebenin çalışma durumu	0,60	0,53	1,29	1	0,26	1,82	0,65	5,11
Önceki doğum şekli	3,24	0,45	52,37	1	0,00	25,51	10,61	61,35
Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği Puanı	0,72	0,47	2,32	1	0,13	2,06	0,81	5,21
Doğum Korkusu Alt Ölçeği Puanı	1,04	0,49	4,52	1	0,03	2,82	1,08	7,31
Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı	0,61	0,46	1,79	1	0,18	1,84	0,75	4,50
Sabit	-5,33	1,08	24,29	1	0,00	0,00		

-2 Log likelihood: 152, 339 (p=0,001)

Çoklu lojistik regresyon analizinde Tablo 13’de yer alan değişkenler aracılığıyla bağımlı değişken olan doğum şekli tercihinin belirlenmesi aşamasında Enter Metodu uygulandı. β parametreleri ile bu parametrelere ilişkin Wald istatistikleri, serbestlik dereceleri, önem seviyeleri ve Exp(β) (ODDS) değerleri Tablo 14’te verildi. Tablodaki Exp(β) değerleri, ODDS oranlarını (yani olasılık oranlarını) göstermektedir. Tablo 14 incelendiğinde, gebelerin doğum şekli tercihinin yordayıcı değişkenler içinde; en büyük etkiyi gösteren önceki doğum şeklidir. Önceki doğum şekli sezaryen doğum olanların, bu gebeliklerinde de sezaryen tercih etme durumları, önceki doğum şekli normal doğum olanlara göre 25,51 kat (%95GA:10,61-61,35) daha fazla saptandı (p<0,05). Gebelerin doğum şekli tercihinin yordayıcı değişkenler

içinde ikinci güçlü belirleyici değişken en uzun yaşanan yerleşim birimi olarak saptandı. İl merkezi/köy ve kasabada yaşamış gebelerin sezaryen doğumu tercih etme durumları ilçe merkezinde yaşamış olanlara göre 3,59 kat (%95GA: 1,14-11,27) daha fazla bulundu ($p<0,05$). Yine gebelerin doğum şekli tercihini yordayıcı değişkenler içinde diğer bir değişken doğum korkusu olarak belirlendi. Doğum korkusu puanı yüksek olanların sezaryen doğum şeklini tercih etme durumları, doğum korkusu az olanlara göre 2,82 kat (%95GA:1,08-7,31) daha fazla bulundu ($p<0,05$). Gebelerin doğum şekli tercihinde; gebenin yaşının, gelir algısının, sağlık sigortasının varlığının, gebenin kendisinin ve eşinin eğitim düzeyinin, gebenin yaptığı işin, Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanının anlamlı bir belirleyici olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 14). Model başlangıç -2 Log Likelihood değeri 167,607 olarak hesaplandı [Initial -2 Log Likelihood: 167,607]. Oluşturulan modelin -2 Log likelihood değeri ise 152,339 olarak bulundu.

Bilindiği gibi amaçlanan modelde uyum iyileştiği zaman, -2LL değerinin düşmesi beklenmektedir. Bu noktadan hareketle model çalışmaları sırasında, bağımsız değişkenler (yaş ve ölçeklerin puanları), sürekli veri şeklinde de modele atıldığında -2 Log Likelihood değerinde azalma olmadığı için kategorik olarak modelde kalmasına karar verildi. Gebelerin doğum şekli tercihindeki yordayıcıları belirlemede hangi modelin daha uygun olduğuna -2 Log Likelihood değerlerine bakılarak karar verildi.

Ayrıca lojistik regresyon öncesi başlangıç modelinde hata ki-kare istatistiği (residual chi-square) değerlendirildi. İlk ki-kare değeri olarak da adlandırılan bu değer anlamlı olduğu görüldü ($X^2_{\text{Bo}}=144,978$, $p<0,001$). Bu değer anlamlı olması, modelde yer almayan yordayıcı değişkenlere ilişkin katsayıların sıfırdan anlamlı derecede farklı olduğunu göstermektedir. Bir başka deyişle, bu değişkenlerden bir ya da daha fazlasının modele eklenmesinin, modelin yordama gücünü arttıracığı görülmektedir. Dolayısıyla tüm yordayıcı değişkenlerin modele anlamlı katkılar sağladığına ve değişken seçimine devam edilmesine karar verildi.

Tablo 15. Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Gücü ve Uyum İyiliği Değerleri

Doğum Şekli Tercihini Açıklayan Lojistik Regresyon Modeli	Cox & Snell R ² Nagelkerke R ²		Hosmer and Lemeshow Testi		
			X ²	SD*	p
	0,484	0,652	10,191	8	0,252

*SD: Serbestlik derecesi

Modelin açıklama gücü için, yorumlanması daha kolay olan ve aralığın (ranjin) 0-1 arasında değişmesini sağlamak adına Cox & Snell (R²) kat sayısının modifikasyona uğramış şekli Nagelkerke (R²) kat sayısı kullanıldı (0,652). Model tarafından bağımlı değişkende (doğum şekli tercihi) açıklanan varyansın miktarını belirten Nagelkerke (R²) değeri 0,652 olarak bulundu. Ayrıca lojistik regresyon modelinin bir bütün olarak uyumunu değerlendiren ve ki-kare uyum iyiliği testi olarak ta anılan Hosmer and Lemeshow Testi değeri (X²=10,191, SD:8 p=0,252) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Tablo 15). Model-veri uyumunun yeterli düzeyde olduğuna karar verildi.

Tablo 16. Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Ayırım Gücü (Sınıflandırma Başarısı)

		Kestirilen /Tahmin edilen (Doğum Şekli Tercihi)		Sınıflama Yüzdesi
		Normal doğum (0)	Sezeryan doğum(1)	
Gözlenen (Doğum Şekli Tercihi)	Normal doğum (0)	113	15	88,3
	Sezeryan doğum(1)	18	73	80,2
GENEL YÜZDE (TÜMEL)				84,9

Tablo 16’da görülen sınıflandırma tablosu grup üyeliklerini yordamak üzere üretilen regresyon modelinin uygulanmasıdır. Bu tahminler deneklerin gerçek durumları ile karşılaştırılır. Doğru sınıflandırılan (yani gerçek duruma uygun olarak sınıflandırılan) deneklerin oranı hesaplanır ve bu da model uyumunun bir diğer göstergesidir. Yine model-veri uyumunun bir işareti olarak değerlendirildiğinde modelin ayırıcılık tümel gücü %84,9 olarak belirlendi. Özetle model toplam 363 deneğin %84,9’unu tahmin etmiştir. Sezeryan doğumu tercih etmeyenleri doğru olarak sınıflandırma seçicilik oranı (specificity) %88,3, sezaryen doğumu tercih

edenleri doğru olarak sınıflandırma duyarlılık oranı (sensitivity) %80,2 olarak saptandı. Modelin, model-veri uyumunun yeterli düzeyde olması yanında yüksek yordama ya da sınıflandırma gücünün olduğu belirlendi (Tablo 16).

Tüm gebeler için yapılan çoklu lojistik regresyon modelinde önceki doğum şeklinin çok güçlü bir belirleyici olduğu saptandı. Bu nedenle primiparlar için önceki doğum şekli analiz dışı bırakılarak, bu belirleyici olmadan karar sürecine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla primiparların doğum şekli tercihlerini açıklayan çoklu lojistik regresyon analizi yapılmasına karar verildi. Araştırmada primiparların %67,8'i normal doğum, %32,2'i sezaryen doğum tercih ettiğini belirtti.

Tablo 17. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler Listesi ve Kodlamaları (n=143)

Değişkenler	Kodlamaları	Frekansları
Bağımlı değişken		
Doğum şekli tercihi	0. Normal doğum (ref)	97
	1. Sezaryen doğum	46
Bağımsız değişkenler		
Gebenin yaşı	0. 28 yaş ve altı (ref)	118
	1. 28 yaş üzeri	25
Gebenin eğitim düzeyi	0. Ortaokul ve altı (ref)	60
	1. Lise ve üzeri	83
Gebenin çalışma durumu	0. Çalışmıyor(ref)	89
	1. Çalışıyor	54
Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği puanı	0. Ortanca puan (21,00) ve altı (ref)	76
	1. Ortanca puan üstü	67
Doğum Korkusu Alt Ölçeği puanı	0. Ortanca puan (23,00) ve altı (ref)	78
	1. Ortanca puan üstü	65
Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı	0. Ortanca puan (59,00) üstü (ref)	74
	1. Ortanca puan ve altı	69

Tablo 18. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modeli* (n=143)

Değişkenler	β	S.E. (Standart hata)	Wald istatistiği	df (Serbestlik derecesi)	Sig. (Önem seviyesi)	Exp(β) (ODDS oranı)	Exp(β) için %95,0 güven aralığı	
							Alt	Üst
Gebenin yaşı	1,23	0,57	4,59	1	0,03	3,44	1,11	10,64
Gebenin eğitim düzeyi	0,87	0,54	2,58	1	0,11	2,39	0,82	6,92
Gebenin çalışma durumu	1,08	0,50	4,61	1	0,03	2,95	1,10	7,94
Doğuma Hazır Oluş Ölçeği puanı	0,26	0,50	0,27	1	0,60	1,30	0,49	3,44
Doğum Korkusu Alt Ölçeği Puanı	1,86	0,58	10,08	1	0,00	6,42	2,04	20,22
Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanı	0,77	0,55	2,01	1	0,16	2,17	0,74	6,34
Sabit	-3,55	0,63	32,31	1	0,00	0,03		

-2 Log likelihood: 131,183 (p=0,001)

*Modele alınan değişkenler: Gebenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları, Doğuma Hazır Oluş Ölçeği puanları, Doğum Korkusu Alt Ölçeği puanları ile doğum şekli tercihlerinin karşılaştırıldığı tek değişkenli analizlerde ki kare testleri yapıldı ve doğum tercihi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05).
[Initial -2 Log Likelihood: 179,645]

Tablo 19. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Gücü ve Uyum İyiliği Değerleri

Primiparların Doğum Şekli Tercihini Açıklayan Lojistik Regresyon Modeli	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²	Hosmer and Lemeshow Testi		
			X ²	SD*	p
	0,287	0,402	3,147	7	0,871

*SD: Serbestlik derecesi

Tablo 20. Primiparların Doğum Şekli Tercihlerini Açıklayan Çoklu Lojistik Regresyon Modelinin Ayırım Gücü (Sınıflandırma Başarısı)

		Kestirilen /Tahmin edilen (Doğum Şekli Tercihi)		Sınıflama Yüzdesi
		Normal doğum (0)	Sezeryan doğum(1)	
Gözlenen (Doğum Şekli Tercihi)	Normal doğum (0)	87	10	89,7
	Sezeryan doğum(1)	17	29	63,0
GENEL YÜZDE (TÜMEL)				81,1

Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19 ve Tablo 20 primiparların doğum şekli tercihini açıklayan çoklu lojistik regresyon analizi değerleri modeli ve uyum iyiliği değerlerini içermektedir. Model değerlendirildiğinde, en güçlü belirleyiciden en düşüğe doğru sırasıyla doğum korkusu ($\beta= 1,86$), gebenin yaşı ($\beta= 1,23$) ve gebenin çalışma durumunun ($\beta= 1,08$) yüksek etkiye sahip olduğu görüldü (Tablo 18). Nagelkerke R^2 değerine bakıldığında primiparların doğum şekli tercihlerindeki varyansın %40,2'sinin model tarafından açıklandığı belirlendi (Tablo 19). Doğum korkusu puanı yüksek olan primiparların sezaryen doğumu tercih etme durumları, doğum korkusu puanı düşük olanlara göre 6,41 kat (%95 GA: 2,03-20,22) daha fazla bulundu ($p<0,05$). Primiparların doğum şekli tercihlerinde en büyük ikinci etkiye sahip olan gebenin yaşı değerlendirildiğinde, 28 yaş üzerindeki gebelerin, 28 yaş ve altı olanlara göre 3,43 kat (%95 GA: 1,11-10,64) daha fazla sezaryen doğum tercih ettiği saptandı ($p<0,05$). Yine primiparların doğum şekli tercihinin yordayıcılarından gebenin çalışma durumu değerlendirildiğinde, çalışan primiparların çalışmayanlara göre 2,95 kat (%95 GA:1,09-7,93) daha fazla sezaryen doğum tercih ettiği bulundu ($p<0,05$) (Tablo 18).

Primiparların doğum şekli tercihlerini açıklayan bu modelin ayırıcılık tümel gücü % 81,1 olarak belirlendi. Modelin sezaryen doğumu tercih etmeyenleri doğru olarak sınıflandırma seçicilik oranı (specificity) %89,7, sezaryen doğumu tercih edenlerin sınıflandırma duyarlılık oranı (sensitivity) ise %63,1 olarak saptandı. Modelin, model-veri uyumunun yeterli düzeyde olması yanında, yüksek sınıflandırma gücünün olduğu belirlendi (Tablo 20).

7. TARTIŞMA

Bu araştırma, gebelerin doğum şekline karar vermelerinde doğuma hazır oluşlukları, doğum korkuları, bilinçli farkındalık düzeyleri ile doğum tercihinde etkili olduğu düşünülen çeşitli sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Katılımcıların çoğunluğunu 28 yaş ve üzeri, en uzun süre il merkezinde yaşayan, orta gelir grubu, sağlık sigortası olan, lise mezunu, ev hanımı ve çekirdek aile yapısına sahip gebeler oluşturdu. Bulgular aşağıda yer alan üç başlık altında tartışıldı.

7.1. Gebelerin Doğum Tercihleri ve Nedenlerinin İncelenmesi

Çalışmada gebelerin %62,3'ünün normal doğumu, %37,7'sinin ise sezaryen doğumu tercih ettiği saptandı. Alan yazın incelendiğinde; benzer çalışmalarda normal doğum tercih etme oranları %78,8; %77,3; %78,7 gibi yüksek oranlar belirlenmiştir (Karabulutlu 2012; Vatansever ve Okumuş 2013; Shi ve ark 2016). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum tercihleri ile ilgili bir çalışmada öğrencilerin %76,5'inin normal doğum tercih ederken sadece %7,2'sinin sezaryen tercih ettiği saptanmıştır (Aksu ve Özsoy 2015). Ergöl ve Kürtüncü (2014) bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum nedenlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların %79,2'sinin sezaryen, %20,8'inin ise normal doğum yaptığını bulmuşlardır (Ergöl ve Kürtüncü 2014). Gebelerin sezaryen ve normal doğum tercih oranları yapılmış çalışmalarda benzerlik göstermektedir. Çalışmaların genelinden farklı olarak Ergöl ve Kürtüncü'nün (2014) yaptığı çalışmada sezaryen oranının çok yüksek olması çalışmanın bir üniversite hastanesinde yürütülmüş olması ile açıklanabilir. Üniversite hastanelerinde daha çok komplikasyonlu gebelikler değerlendirildiği için bu gebeliklerin sezaryenle sonlanma oranları daha yüksektir. Aynı zamanda bu çalışma ile benzer bulgular, doğum şekli tercihini sorgulayan araştırmalardan elde edilirken; Ergöl ve Kürtüncü'nün (2014) çalışması doğum sonrası gerçekleşme durumuna yönelik yürütülmüş bir çalışmadır.

Araştırma bulgularına göre normal doğum tercih eden gebeler, tercih nedenlerini yüksek oranda “olumlu sağlık etkileri” olarak ifade etti. Bu etkiler erken iyileşme ve

eve çabuk dönmek için, daha az kanama olması, daha az enfeksiyon olması, daha erken emzirebilmek için, daha sağlıklı olması şeklinde idi. Sezaryen doğumu tercih edenlerin “dışsal faktörler”den ebe/hemşire/doktor yönlendirmesi, “olumlu sağlık etkilerinden” doğum zamanını önceden belirleyebilme; “olumsuz sağlık etkileri ve korku kaynakları”ndan ise bebeği riske atmamak, normal doğum korkusu ve doğum ağrısı çekmemek gibi nedenlerden dolayı tercih ettiği görüldü. Duran ve Atan (2011) kadınların doğuma bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmalarında; normal doğum tercih eden kadınların normal doğumu doğal bir süreç olarak gördüğü, daha sağlıklı bulduğu, çabuk iyileşme ve doğum sonrasında erken ayağa kalkma gibi nedenlerle seçtiğini saptamışlardır. Sezaryen tercih eden kadınların ise sezaryeni anne ve bebek için daha güvenli olması ve ağrısız doğum yapmak istemeleri nedeniyle seçtiklerini ifade etmişlerdir (Duran ve Atan 2011). Yurt içinde yapılmış başka bir çalışmada ise kadınlar sezaryen tercih nedenlerini sırasıyla normal doğumdan korkma, doktor yönlendirmesi ve ağrısız doğum yapma şeklinde ifade edilmiştir (Karabulutlu 2012). Yurt dışında doğum şekli tercihleri ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmada; normal doğum tercih nedenleri, çabuk iyileşme, doğal ve sağlıklı olması ve doğum sonu emzirmeyi olumlu etkileme iken; sezaryen tercih nedenleri normal doğumla ilgili korku ve endişelerinin olması şeklinde bildirilmiştir (Shi ve ark. 2016). Hem yurt içi hem yurt dışı çalışmalardaki bulgular benzerdir. Kadınların normal doğum yapma yönündeki istekleri fazla iken, gerçekleşen sezaryen doğumlar daha yüksektir. Kadınlar için doğum şekli tercihinin nedenleri irdelendiğinde; gebelerin doğum öncesi dönemde yeterli danışmanlık almaları, doğru bilgilendirilmeleri, normal doğum konusunda cesaretlendirilip desteklenmeleri noktasında yetersizlikler düşünülebilir. Bunların yanı sıra sağlık profesyonellerinin özellikle de hekimlerin gebelerin kararlarını yönlendirici etkileri düşünüldüğünde, gebelerin kişisel karar verme becerilerini geliştirmeye gereksinim duyulduğu söylenebilir. Aynı zamanda bulgu sezaryen doğum oranlarını düşürmede sağlık profesyonellerinin kilit rolüne atıf yapmaktadır.

7.2. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi

Bu araştırmada gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin "Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği" puan ortalaması 20,88 (ortanca=21,00), "Doğum Korkusu Alt Ölçeği" puan ortalaması ise 22,70 (ortanca=23,00) olarak saptandı. Çalışma bulguları Brezilya'da yapılmış bir araştırma sonuçları ve yurt içinde prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılan bir araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (Silva ve ark. 2011; Demirtaş ve Kadioğlu 2014). Beydağ ve Mete (2008) tarafından yapılmış Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında daha yüksek puanlar bildirilmiştir (Beydağ ve Mete 2008). Bunun sebebi çalışmalarına hiçbir gebelik komplikasyonu yaşamayan tamamen sağlıklı gebeleri dahil etmeleri olabilir.

Çalışmada gebelerin "Bilinçli Farkındalık Ölçeği" puan ortalaması 58,52 (ortanca=59) olarak bulundu. Alan yazında farklı örneklem grupları üzerinde yapılan araştırmalarda benzer bulgular elde edilmiştir. Özyeşil (2011) üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada "Bilinçli Farkındalık Ölçeği" puan ortalamasını 57,92 olarak; Baysal (2012) sınıf öğretmenliği adaylarının bilinçli farkındalıkları ile yansıtıcı düşünme eğilimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında ölçek puan ortalamasını 59,42 olarak saptamıştır (Özyeşil 2011; Baysal 2012).

7.3. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

Gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında; gebenin yaşı, en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi, gelir algısı, sağlık sigortası varlığı, gebenin eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, gebenin çalışma durumu ve önceki gebelik şekli ile doğum şekli tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Gebelerin gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, gebelik haftası, aile yapısı ve eşin işi gibi özellikleri ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gebelerin yaş gruplarına göre doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında; 28 yaş ve altında olan gebelerin daha fazla normal doğum tercih ettiği, 28 yaş üzeri olanların ise daha fazla oranda sezaryen doğumu tercih ettiği saptandı ($p<0,05$). Alan yazında yer alan araştırma bulguları çalışma bulguları ile benzerdir (Shi ve ark. 2016; Ryding ve ark. 2016; Vatansever ve Okumuş 2013; Gözükara ve Eroğlu 2008; Kottmel ve ark. 2012). Bu durum yaş arttıkça gebelik komplikasyonlarının ve dolaylı olarak sezaryen doğum endikasyonlarının artması ile açıklanabilir. Genç kadınlar normal doğuma daha olumlu bakmaktadır.

En uzun süre il merkezi veya köy/kasabada yaşayan gebeler daha fazla oranda sezaryen doğum tercih ederken, ilçede yaşayanların daha çok normal doğum tercih ettiği saptandı ($p<0,05$). Bu durum il merkezinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşma ve ekonomik açıdan ilçede yaşayanlara göre daha iyi bir konumda olması ile açıklanabilir. Konuyla ilgili yapılmış üç farklı çalışmanın bulguları da, bu çalışma bulgularını desteklemektedir (Özkan ve ark. 2013; Ergöl ve Kürtüncü 2014; Elkin 2016). İlçe merkezinde uzun süre yaşamış olmanın doğum tercihine etkisi ile ilgili nitel verilere gereksinim olduğu düşünülmektedir (Hem çözümleyici hem de karıştırıcı faktörleri eleme noktasında). Bu çalışma bulgusu ile ilgili olarak, ilçe merkezinde yaşamış gebe kadınların çoğunluğunu 28 yaş ve altında olanların (Perason ki-kare testi p değeri=0,046) oluşturmuş olması, doğum şekli tercihinde karıştırıcı rol oynamış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gelir algıları ile doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında; gelir algısı iyi olanların, kötü veya orta olanlara kıyasla daha fazla oranda sezaryen doğum tercih ettiği saptandı ($p<0,05$). Çalışma bulguları TNSA 2013 Yılı Raporu bulguları ve Elkin'in (2016) çalışması ile benzerlik göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014; Elkin 2016). TNSA sonuçlarına göre en yüksek eğitim ve refah düzeyinde %66 veya üzeri olan sezaryen oranı, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryen ile gerçekleşen doğumların iki katından daha fazladır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014). Sağlık Bakanlığı son dönemlerde artan sezaryen oranlarının önüne geçmek için kamu hastanelerinde sezaryen ve normal doğum ücretlendirmesi arasındaki farkı azaltmıştır ancak özel hastanelerdeki ücretlendirmeler arasında hala büyük bir fark vardır. Ayrıca sezaryen doğum ücretlerinin yüksekliği ve doğumda

hastanede kalış süresinin normal doğuma oranla daha fazla olması da bir anlamda aileye maddi yük getirmektedir. Bu durumun gelir algısı yüksek olan gebelerin, düşük veya orta olanlara oranla daha fazla sezeryan doğumu tercih etmesini etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada sağlık sigortası olan gebelerin daha çok sezaryen doğumu, sağlık sigortası olmayanların ise normal doğumu tercih ettikleri saptandı ($p<0,05$). Araştırmanın bulgusu İzmir’de kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmış bir çalışmanın bulgusuyla benzerdir (Çivili 2005). Gebenin gelir algısı ile birlikte değerlendirilebilecek bu bulgu; sezeryan doğum maliyetlerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada gebelerin kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyleri ile doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Eşleri ve kendileri lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip gebelerin daha fazla oranda sezaryen doğum tercih ettikleri saptandı. Alan yazında araştırma bulgularıyla benzerlik gösteren çalışmalar olmakla birlikte (Ryding ve ark. 2016; Elkin 2016; Vatansever ve Okumuş 2013; Güldeniz ve Türkan 2016), benzer olmayan bulgulara sahip çalışmalar da bulunmaktadır (Shi ve ark, 2016; Ergöl ve Kürtüncü 2014). Bazı araştırmalarda eğitim düzeyinin düşük, bazı araştırmalarda eğitim düzeyinin yüksek olması normal ya da sezeryan doğumu tercih etmede, gebenin ve eşinin eğitim düzeyi yanında etkileyen başka faktörlerin de olduğunu düşündürmektedir.

Herhangi bir işte çalışan gebelerin daha çok sezaryen doğum tercih ederken, çalışmayanların normal doğumu tercih ettiği saptandı ($p<0,05$). Gözükara ve Eroğlu (2008), Vatansever ve Okumuş (2013) ve Elkin (2016) de herhangi bir işte çalışma durumunun kadınların doğum şekli tercihleri üzerinde etkili olduğunu, çalışan kadınların daha çok sezaryenle doğumu tercih ettiklerini bildirmişlerdir (Gözükara ve Eroğlu 2008; Vatansever ve Okumuş 2013; Elkin 2016). Yurt içinde farklı illerde kadınlar ile yürütülmüş iki araştırmada ise kadınların çalışma durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Karabulutlu 2012; Güzel 2014). Araştırma bulguları arasındaki farklı sonuçlar çalışılan örneklem gruplarının kültürel dokularının ve özelliklerinin birbirinden farklı olması ile açıklanabilir. Çalışan kadınların evlenmeyi ve gebe kalmayı ileri yaşlara ertelemeleri, ileri yaşın normal doğum risklerini artırması ve sezaryen sonrası daha uzun süre raporlu olabilme

nedenleriyle daha çok sezaryen doğumu tercih ettikleri düşünülebilir. Kadının statüsünü gösteren iki gösterge de (eğitim düzeyi ve bir işte çalışma durumu) bu araştırmada doğum şekli tercihinde belirleyici faktörler olarak saptanmıştır.

Çalışmada gebelerin önceki doğum şekilleri ile doğum şekli tercihleri karşılaştırıldı ve önceki doğumunu sezaryen ile olan gebeleri daha yüksek oranda sezaryenle doğumu tercih ettikleri bulundu ($p<0,05$). Güzel (2014) ve Karabulutlu da (2012) yaptığı çalışmalarda benzer bulgular elde etmişlerdir (Karabulutlu 2012; Güzel 2014). Önceki doğumunu sezaryenle olanların kural olarak sonraki doğumlarını da sezaryenle yapması gerektiği şeklinde uygulamalar kadınların daha sonraki doğumlarında da sezaryenle doğumu tercih etmelerinin en önemli nedenlerindedir. Sezaryen doğum sonrası yapılan vajinal (normal) doğumlarda başarı oranları yüksek olmasına rağmen, hem gebenin hem de doktorun risk almak istememeleri nedeniyle istenilen oranlarda gerçekleştirilememektedir. Ayrıca alan yazında multiparların primiparlara oranla daha fazla oranda sezaryen tercih ettiği bildirilmiştir ($p<0,05$). Shi ve arkadaşları (2016), Güzel (2014), Ryding ve arkadaşları (2016) da çalışmalarında birden fazla gebelik öyküsü olan kadınların daha çok sezaryen tercih ettiklerini saptamışlardır (Güzel 2014; Shi ve ark. 2016; Ryding ve ark. 2016). Araştırmada gebelik sayısı doğum tercihinde etkili bir değişken olarak belirlenmemiş olmasına rağmen ($p>0,05$), dolaylı olarak önceki doğum şekli ile bağdaştırılabilir. Araştırmaya katılan 220 multiparın 91'i önceki doğumunu sezaryen doğum ile gerçekleştirmiş, şuanki gebelik için de yine sezaryen doğumu tercih etmektedir. Burada dikkat çeken bulgu hiç doğum deneyimi olmayan 46 gebenin (%32,2) sezaryen doğumu tercih ettiğini bildirmiş olmasıdır.

Gebelerin doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerine göre “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği” ve “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” puanları karşılaştırıldı. Normal doğumu tercih eden ve normal doğum tercih nedenlerini “dışsal faktörler”, “olumlu sağlık etkileri” ve “kişisel faktörler” olarak ifade eden gebelerin hem “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği” hem de “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” puanları, sezaryen doğumu tercih edenlere göre daha düşük bulundu ($p<0,05$). Her iki ölçek için de puanın düşük olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Bu durum doğuma hazır olan ve doğumdan korkmayan gebelerin, doğumun sorumluluğunu alabilecek yetide olması ve normal doğumu doğal bir süreç olarak algılayıp sonuçları ile yüzleşebilmelerinden

kaynaklanabilir. Konuyla ilgili yapılmış değişik çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir. Afshar ve arkadaşları (2016) doğuma hazırlık sınıfına giden gebelerin normal doğuma ilişkin planlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, eğitime katılan ve bu eğitimler ile doğuma hazır oluşuklarını artıran gebelerin daha fazla normal doğum tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Afshar ve ark. 2016). Elvander ve arkadaşları (2013) düşük, orta ve yüksek derecede doğum korkusu yaşayan gebelerin doğum deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, doğum korkusu fazla olan gebelerin daha çok sezaryen tercih ettiği ve olumsuz doğum deneyimi yaşadığını saptamışlardır (Elvander ve ark. 2013). Haines ve arkadaşları (2012) kadınların korku tutum ve inançlarının doğum tercihi ve doğum deneyimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; korkunun gebenin emosyonel durumunu olumsuz etkileyerek daha çok operatif doğumlara ve olumsuz doğum deneyimine neden olduğunu belirtmişlerdir (Haines ve ark. 2012). Nieminen ve arkadaşları (2009) çalışmalarında sezaryen doğum tercih eden kadınların daha fazla oranda travmatik doğum deneyimi yaşamaktan korktuklarını bulmuşlardır (Nieminen ve ark. 2009). Korku, bilinmeyen bir etkene karşı vücudun oluşturduğu savunma mekanizmasıdır. Doğum korkusunun ve dolaylı olarak ta doğuma hazır oluşuk düzeyinin doğum şekli tercihinde önemli bir belirleyici olduğu, bilinçli farkındalık eğitimleri ile bu durumla baş edilebileceği düşünülmektedir.

Bilinçli-farkında olan bireyler, içinde olduğu ana dikkatini yoğunlaştırıp olayları yargılamaksızın kabullenir ve kendi iç dünyası ile çevresinde neler olduğunun bilincindedir (Özyeşil 2011). Araştırmada gebelerin doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerine göre “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” puanları karşılaştırıldığında; normal doğumu tercih eden ve normal doğum tercih nedenini “olumlu sağlık etkileri” olarak ifade edenlerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Alan yazında doğum tercihi ve nedenleri ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların kısıtlı olması yanında; bilinçli farkındalığın ve bilinçli farkındalık temelli yapılan doğuma hazırlık eğitimlerinin hem anne hem de bebek için olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Doğum öncesi dönemde bilinçli farkındalık temelli eğitimler alan gebelerin daha başarılı bir doğum deneyimi yaşadığı ve doğum sonrası emzirmede daha başarılı olduğu (Perez-Blasco ve ark. 2013; Zilcha-Mano ve Langer 2016), bilinçli

farkındalık temelli girişimlerin stres, kaygı, depresif belirtiler ile gebelik sırasında duygusal sıkıntıyı azaltmada etkili olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Fjorback ve ark. 2011; Grossman ve ark. 2004; Dunn ve ark. 2012; Tomfohr-Madsen ve ark. 2016; Goodman ve ark. 2014). Byrne ve arkadaşları (2014) bilinçli farkındalık temelli eğitimin annenin öz yeterlilik ve doğum korkusuna etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmalarında bilinçli farkındalık temelli eğitimin doğum korkusunu azaltıp annenin öz yeterliliğini artırdığını saptamışlardır (Byrne ve ark. 2014). Byrne ve arkadaşlarının çalışması, doğum korkusu yönüyle değerlendirildiğinde, bu çalışma bulgusuyla benzerdir. Bilinçli farkındalığı yüksek olan gebelerin doğumdan korkmamaları, doğum sürecinin farkında olmaları, farkındalığı yüksek bireylerin daha az korku ve güvensizlik duygularına kapılmaları ile ilişkilendirilebilir.

Gebelerin “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği”, “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” ve ve “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” puanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde ise; gebelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttığında doğuma hazır oluş ve doğum korkusu puanlarında azalma; doğuma hazır oluş puanları azaldığında ise doğum korkusu puanlarında da azalma olduğu saptandı ($p<0,05$). Daha önce de belirtildiği gibi “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği” ve “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” için puanın düşük olması olumlu iken, “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” puanlarının yüksek olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Körükçü ve Kukulu (2016) çalışmalarında farkındalık temelli bakım uyguladıkları deney grubunda doğuma hazır oluşluğun, gebelik ve annelik rolünün kabulünün ve de eş ile ilişkilerin arttığını saptamışlardır (Körükçü ve Kukulu 2016). Kızılırmak (2011) çalışmasında doğum ve doğum sonrası sürece hazırlık eğitimi alan deney grubunda, doğum korkusunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğunu, doğuma hazır olma ile doğum korkusu arasında ilişki olduğunu saptamıştır (Kızılırmak 2011). Subaşı ve arkadaşları (2013) çalışmalarında doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve doğuma ilişkin olumsuz düşüncelerin azalmasında etkili olduğunu bulmuşlardır (Subaşı ve ark. 2013). Ertuğrul (2016) doğumda farkındalığın doğuma hazır oluş, korku, ağrı, süreç ve memnuniyete etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında doğumda farkındalık eğitimlerine katılan girişim gruplarının doğum korkusunun azaldığını ve doğuma hazır oluşluklarının arttığını saptamıştır (Ertuğrul 2016). Lowe (2000)

nulliparlarda doğumda yeterlilik ve doğum korkusunu değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada doğuma hazır olan gebelerin doğumdan daha az korktuğunu saptamıştır (Lowe 2000). Konuyla ilgili yapılmış değişik çalışmaların bulgularıyla, çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Gebelerin doğum şekli tercihlerini açıklayan çoklu lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, kurulan modelde, gebelerin önceki doğum şekli, en uzun süre yaşanılan yerleşim birimi ve “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” puanlarının doğum şekli tercihlerindeki varyansın %65,2’sini açıkladığı saptandı. -2LL ya da -2log olabilirlik (-2log likelihood) bir model uyumu indeksidir. En çok olabilirlik kestiriminin ne kadar iyi uyuma işaret ettiğine ilişkin temel ölçü, çoklu regresyondaki kareler toplamına benzeyen “olabilirlik değeridir (likelihood value)”. Lojistik regresyon, kestirilen model uyumunu olabilirlik değerinin -2 log’unu alarak ölçer. -2LL’nin alabileceği en küçük değer 0’dır ve mükemmel uyuma karşılık gelir. -2LL=0 olduğunda, olabilirlik=1’dir. Sonuç olarak -2LL değeri, çoklu regresyondaki R² değeri gibi düşünülebilir ve uyumdaki değişiklikler karşılaştırılarak yorumlanabilir. Olabilirlik değeri, bir modelden diğerine uyumda meydana gelen değişiklikler arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilir. Gebelerin doğum şekli tercihinde tek değişkenli analizlerde doğum şekli tercihinde etkili bulunan; gebenin yaşı, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, gelir algısı, sağlık sigortasının varlığı, gebenin kendisinin ve eşinin eğitim düzeyi, gebenin çalışma durumu, “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği” ve “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” puanları lojistik regresyon modelinde yer almadı. TNSA 2008 yılı verilerinin ileri analizinin yapıldığı çalışmada, sezeryan doğum yapmış kadınlar için; kadının yaşadığı bölge, anne olma yaşı, doğum sırası, doğum ağırlığı, alınan doğum öncesi bakım sayısı, doğumun yapıldığı ve doğum öncesi bakımın alındığı yerin kadınların sezaryen doğum yapmalarında belirleyici olduğu saptanmıştır (Tezcan ve ark. 2010). Tezcan ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada önceki doğum şekli ve doğum korkusunun sezaryen ile yapılan doğumlarda belirleyici olarak saptanmaması, araştırmalarında bu değişkenleri değerlendirmemelerinden ve sezeryan doğum yapmış kadınlar ile çalışmayı gerçekleştirmiş olmalarından kaynaklanabilir.

Yine gebelerin doğum şekli tercihini yordayıcı en önemli değişkenin önceki doğum şekli olduğu belirlenince; bu değişken (önceki doğum şekli) ortadan

kaldırılıp, ilk gebeliği olan 143 kadın için doğum Şekli tercihi yordayan değişkenler ile ilgili başka bir çoklu lojistik regresyon analizi yapıldı. Primiparlar için yapılan modelde en gcľu belirleyiciler sırasıyla, “Doğum Korkusu Alt leği” puanı, gebenin yaşı ve çalışma durumu olarak yer aldı ve bu belirleyicilerin doğum Şekli tercihlerinin %40,2’ni açıkladığı saptandı.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Gebelerin doğuma hazır oluşluk, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık düzeylerinin doğum şekli tercihlerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Gebelerin %62,3'ünün normal doğum, %37,7'sinin ise sezaryen doğum tercih ettiği,
- Normal doğum tercih eden gebelerin (%62,3) tercih nedenlerinin; “dışsal faktörler”den %14,3 maliyetinin düşük olması, “olumlu sağlık etkileri”nden %49,9 erken iyileşme ve eve çabuk dönmek için, “kişisel faktörler”den ise %18,5 önceki doğumun normal yolla olması olduğu,
- Sezaryen doğum tercih ettiğini ifade eden gebelerin (%37,7) “dışsal faktörler”den %12,1 ebe, hemşire, doktor yönlendirmesi, “olumlu sağlık etkileri”nden %7,4 doğum zamanını önceden belirleyebilme, “olumsuz sağlık etkileri ve korku kaynakları”ndan %24,2 bebeği riske atmamak ve normal doğum korkusu nedenleriyle tercih ettiği,
- Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği” ortanca puan değerinin 21,00 (ÇAA:6,00), “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” ortanca puan değerinin 23,00 (ÇAA:6,00), “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” ortanca puan değerinin 59,00 (ÇAA:17,00) olduğu,
- Normal doğum tercih eden gebelerin; 28 yaş ve altı, en uzun süre ilçede yaşamış, orta veya kötü ekonomik düzeyde olan, sağlık sigortası olmayan, kendisi ve eşi ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip, çalışmayan ve önceki doğumu normal doğum olan kadınlar olduğu,
- Sezaryen doğum tercih eden gebelerin; 28 yaş üzeri, en uzun süre il merkezinde veya köy/kasabada yaşamış, iyi ekonomik düzeyde olan, sağlık sigortası olan, kendisi ve eşi lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip, çalışan ve önceki doğumu sezaryen olan kadınlar olduğu,
- Normal doğum tercih eden gebelerin “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” ortanca puanlarının sezaryen tercih edenlerden daha yüksek olduğu,

- Normal doğum tercih eden gebelerin “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçeği” ve “Doğum Korkusu Alt Ölçeği” ortanca puanlarının sezaryen tercih edenlerden daha düşük olduğu,
- Gebelerin bilinçli farkındalık düzeylerindeki artış ile doğuma hazır oluş ve doğum korkusu puanlarında azalma, doğuma hazır oluş puanları azaldığında doğum korkusu puanlarında da azalma olduğu,
- Gebelerin doğum şekli tercihlerindeki varyansın %65,2’sinin gebenin önceki doğum şekli, en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ve doğum korkusu ile açıklandığı,
- Primiparların ise doğum şekli tercihlerindeki varyansın %40,2’sinin doğum korkusu, gebenin yaşı ve çalışma durumu ile açıklandığı saptandı.

Araştırma soruları yukarıdaki sonuçlar ile yanıtlanmıştır. “Gebelerin doğum şekli tercihlerini doğuma hazır oluşlukları, doğum korkuları ve bilinçli farkındalık düzeyleri etkiler mi?” olan araştırma sorusu; yalnızca gebenin doğum korkusunun, doğum şekli tercihinde etkili olduğu, doğuma hazır oluşlukları ve bilinçli farkındalık düzeylerinin dolaylı yoldan bu tercihte etkili olduğu şeklinde yanıtlandı.

8.2. Öneriler

Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Sezaryen oranlarındaki artışın önüne geçebilmek amacıyla komplikasyon yoksa gebelerin normal doğum yapma konusunda desteklenip cesaretlendirilmesi,
- Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryene yönelmeleri azaltmak amacıyla epidural anestezi ile normal doğum hakkında gebelerin bilgilendirilmesi,
- Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğuma yönelen gebeler için hastanelerde danışma ve destek birimlerinin oluşturulması,
- Gebelerin doğuma hazır oluşluklarını artırmak ve doğum korkusu ile baş etmelerini sağlayabilmek için doğuma hazırlık eğitimlerinin rutin doğum öncesi hizmetler kapsamına alınması,

- Sağlık personellerinin doğum tercihlerini ve doğum Őekillerine ilişkin 6n yargılarını saptamaya y6nelik 7alıŐmaların yapılması ve personellerin hizmet i7i eğitimlerle bu konuda bilgilendirilmesi,
- Gebelerin doğum korkusunu 76z6mleyici nitel araştırmaların y6r6t6lmesi,
- Bilin7li farkındalık temelli eğitimlerin doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimlerin i7erisine entegre edilmesi,
- Bilin7li farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitiminin etkinliğini değerlendirecek deneysel 7alıŐmaların yapılması,
- Bilin7liliğin ve dolayısıyla olumlu d6Ő6nmenin arttırılması y6n6nde 7alıŐmaların yapılması,
- Keşkesiz doğumlar hakkında gebelerin bilgilendirilmesi 6nerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Acıbozlar Ö. Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Yaratıcılık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Nefise Bahçecik).

Afshar Y, Wang ET, Mei, J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD. Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. Birth (Berkeley, Calif). 2016 Version of Record online, 2016, DOI: 10.1111/birt.12263.

Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M. Sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2001; 11: 224-227.

Aksoy AN. Doğum korkusu: literatür değerlendirmesi. ODÜ Tıp Dergisi. 2015; 2: 161-165.

Aksu H, Özsoy S. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 2015; 24 (1): 44-48.

Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. 2013; 1(1): 1-18.

Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013; 15(2): 45-56.

Angeja ACE, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: Which do they prefer and why? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006; 113: 1253–1258.

Arıkan İ, Barut A, Gezer Ş, Başaran M, Harma M, Bayar Ü. Sezaryen olgularının değerlendirilmesi:5 yıllık deneyim. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010; 20(3): 155-160.

Arrieta A. Health reform and cesarean sections in the private sector: The experience of Peru. *Health Policy*. 2011; 99(2): 124-30.

Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2008; 1(2): 54-59.

Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2014; 43(5): 545-555.

Aziz AA, Rabbo AA, Ahmed WAS, Khamees RE, Atwa KA. Validation of the close-to-delivery prediction model for vaginal birth after cesarean delivery in a Middle Eastern cohort. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016; 135(1): 75-78.

Bakshi A, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008; 10(1): 9.

Bal MD, Yılmaz SD, Beji NK. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2013; 21(2): 139-146.

Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Birinci Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2000, s: 32-46, 72-77.

Başara BB, Güler C, Yentür GK. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s: 57-72.

Baysal N. Sınıf öğretmenliği adaylarının bilinçli farkındalıkları ile yansıtıcı düşünme eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2012; 1 (4): 12-20.

Beydağ KD, Mete S. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(1): 16-24.

Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. Midwifery. 2013; 30(2): 255-61.

Bowlin, S.L, Baer RA. Relationship between mindfulness, self-control, and psychological functioning. Personality and Individual Differences on Science Direct. 2012; 52(3): 411-415.

Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 84: 822-848.

Burns LR, Geller SE, Wholey DR. The effect of physician factors on the cesarean section decision. Official Journal of the Medical Care Section of the American Public Health Association. 1995; 33(4): 365-382.

Büken NÖ, Büken E. Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2003; 11: 140-147.

Bülbül G. Doğal Doğum. 1. Baskı Hayygrup Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul; 2016, s: 71-32, 165-245.

Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. Journal of Midwifery & Women's Health. 2014; 59: 192–197.

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. Emek Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., Manisa; 2001.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. Williams Obstetrik. Çeviren: Yıldırım G. 24. Baskı Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2015, s: 408-523.

Çivili, D. Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2005, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş).

Çoker H, Karabekir N, Varlık S. Keşkesiz doğum modeli ve ekibi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics. 2015; 1(3): 27-34.

Çokluk Ö. Lojistik regresyon analizi: Kavram ve uygulama. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi. 2010; 10(3): 1357-1407.

Demir Ö, Doğanay A. Bilişsel farkındalık becerilerinin geliştirilmesinde bilişsel koçluk yaklaşımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi. 2009; 60: 601-623.

Demir, O. Nüfus politikaları ve Çin, Fransa ve Türkiye örneklerinin değerlendirilmesi. Social Sciences Journal. 2016; 11(1): 41-61.

Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014; 4(4): 200-206.

Deniz ME, Sümer AS. Farklı öz anlayış düzeyine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. Eğitim ve Bilim Dergisi. 2010; 35(158): 115-127.

Dunn C, Hanieh E, Roberts, Powrie R. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulnessbased intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. Archives of Womens Mental Health. 2012; 15(2): 139-143.

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

Dülger Ö. Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Karar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ahmet Şirin).

Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18–49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2016; 21(2): 119-128.

Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear. Findings from the first baby study. *Birth* (Berkeley, Calif). 2013; 40(4): 289-296.

Ergöl ř, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(3): 26–34.

Ertem G, Koçer A. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Dirim Tıp Dergisi*. 2008; 82: 1-5.

Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy - a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124(2): 102-119.

Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, Freeman M. CALM pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women’s Mental Health*. 2014; 17(5): 373–387.

Gossman GL, Joesch JM, Tanfer K. Trends in maternal request cesarean delivery from 1991 to 2004. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 108(6): 1506-1516.

Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2008; 5(1): 32–46.

Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011; 18(2): 89-100.

Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 57(1): 35–43.

Guisse JM, Eden K, Emeis C, Denman M, Marshall N, Fu R. Vaginal birth after cesarean: New insights. In: Oregon Evidence-based Practice Center, Oregon Health & Science University, eds. *Evidence Report/Technology Assessment*. AHRQ Publication, Portland, Oregon; 2010, s: 33-143.

Güldeniz AD, Turkan G, Vajinal doğum veya sezaryen: Her iki yöntemle de doğum yapmış bayanların önerileri. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2016; 7(3): 287-90.

Güenalp GS, Tuncer ZS. Kadın Hastalıkları ve Doğum: Tanı ve Tedavi, Pelikan Yayınları, Ankara; 2004, s: 149–72, 273–76.

Güngör ES, Ertaş E, Moröy P, Çelen Ş, Danışman N, Mollamahmutoğlu L. Sezaryen sonrası vajinal doğum: güvenli midir? *Perinatoloji Dergisi*. 2005; 13(4): 208-212.

Güzel M. Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi, Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Zonguldak (Danışman: Mehmet Ali Kurçer).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12(1): 1-55.

Hofberg K, Ward M. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*. 2003; 79(935): 505-10.

İnanç BB, Sıkar D, Yaşar L, Yaşar N. Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013; 17(1): 3-7.

Johanson R, Newburn M, MacFarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ: British Medical Journal. 2002; 324(7342): 892-895.

Jónsdóttir VO. Medicalisation of Childbirth in Western Society Can Women Resist the Medicalisation of Childbirth? Reykjavík, Island; 2012, s: 1-27.

Josefsson A, Gunnervik C, Sydsjo A, Sydsjo GA. Comparison between swedish midwives and obstetricians & gynecologists opinions on cesarean section. Matern Child Health Journal. 2011; 15(5): 555-560.

Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(3): 210-218.

Kızılırmak A. Primiparlara Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2011, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. Mürüvvet Başer).

Koçel T. Karar ve Karar Verme Süreci. İçinde: Koçel T. İşletme Yöneticiliği. Genişletilmiş 15.baskı, Beta Yayınları, İstanbul; 2014, s: 133-178

Kottmel A, Hoesli I, Traub R, Urech C, Huang D, Leeners B, Tschudin S, Maternal request: a reason for rising rates of cesarean section? Archives of Gynecology and Obstetrics. 2012; 286(1): 93–98.

Kömürcü N, Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Nobel tıp Kitabevi 2. Baskı İstanbul; 2013.

Körükçü Ö, Kukulcu K. Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Yapılandırılmış Farkındalık Programının Anneliğe Geçiş Sürecine Etkisi. I.Uluslararası ve II.Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2016, İzmir.

Köse A. Psikolojik Danışma ve Rehberlik I. Sınıf Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sosyo-ekonomik Düzey Açısından Psikolojik İhtiyaçları ve Karar Verme Stratejilerinin

İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2002, Ankara (Prof.Dr. Nilüfer Voltan Acar).

Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. Counseling for childbirth fear – a national survey. *Sexual and reproductive health care: official journal of the swedish association of midwives. Sexual & Reproductive Healthcare.* 2016; 8: 82-7.

Lima Silva J, Ferreira EDF, Medeiros M, Araújo ML, Silva AGC BD, Viana EDSR. Assessment of psychosocial adaptation to pregnancy in brazilian pregnant women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2011; 33(8): 182-187.

Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology.* 2000; 21(4): 219-24.

Matinnia N, Abdul Rahman H, Ibrahim F, Ghaleiha A, Akhtari-Zavare M, Jahangard L, Ghaleiha A. Predictors of fear related to childbirth among iranian primigravidae. *Global Journal of Health Science.* 2016; 9(3) :266.

Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery background , trends and epidemiology. *Seminars in Perinatology.* 2006; 30(5): 235-241.

Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2009; 88(7): 807–813.

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Önderoğlu L, Deren Ö, Ayhan A, Gürkan T. Vaginal doğum mu?, Sezaryen mi?, *Hacettepe Tıp Dergisi.* 1999; 30 (1): 61-65.

Özgören M, Ergönül İ, Güdücü Ç, Bediz CŞ, Öniz A. İnsan faktörü: Bilişsel işlevler ve izlenme yaklaşımlarına genel bakış. *Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve İnovasyon Dergisi.* 2015; (5) : 97-106

Özkan S, Sakal F, Avcı E, Civil E, Tunca M. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*. 2013; 11(2): 59–71.

Özyeşil, Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz M E. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim Dergisi*. 2011; 36(160): 224-235.

Özyeşil, Z. Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2011, Konya (Yrd. Doç. Dr. Coşkun Arslan).

Pekdoğan S. Karar verme stilleri araştırmaları: 2009-2013 yılları arasındaki yüksek lisans tezlerinin incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2015; 34: 321-331.

Perez-Blasco J, Viguer P, Rodrigo MF, Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*. 2013; 16(3): 227–236.

Ramvi E, Tangerud M. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*. 2011; 13(3): 269–274.

Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK. Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2015, s: 306-317.

Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016; 44: 80–91.

Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2016; 37(3): 75–83.

Sağır C. Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006, Edirne (Danışman: Prof. Dr. Yaşar Sucu).

Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2003; 82(3): 201-8.

Saydam BK. Doğum Eylemi. İçinde:Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2015, s: 412-426

SchmiD CC, Raio L, Scheibner K, Müller M, Surbek D. Back to “once a caesarean: always a caesarean”? A trend analysis in Switzerland. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2016; 294(5): 905-910.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2009; 25(2): 155-162.

Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2013; 29(4): 165-167.

Şahin N, Dinç H, İşsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009; 40(2): 57-62.

Şahin NH, Yeniçeri Z. “Farkındalık” üzerine üç araç: Psikolojik farkındalık, bütüncü kendilik farkındalığı ve toronto bilgece farkındalık ölçekleri. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2015; 30(76): 48-64

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Ankara; 2010.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 2016, s: 325-363.

Tatlıoğlu K. Üniversite öğrencilerinin karar vermede öz-saygı düzeyleri ile karar verme stilleri arasındaki ilişkinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2014; 2(1): 150-170.

Tomfohr-Madsen LM, Campbell TS, Giesbrecht GF, Letourneau NL, Carlson LE, Madsen J W, Dimidjian S. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17(1): 498.

Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(2):54-58.

Ülev E. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sedat Işıklı).

Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2013; 6(2): 82-87.

WHO 2015. World Health Organization, World Health Statistics 2015. World Health Organization, 2015.

Yıldırım S, Keskin EA, Onaran Y, Kalem MN, Duvan Cİ. Sezaryen operasyonuna genel bir bakış. *Yeni Tıp Dergisi*. 2015; 32(1): 10-12.

Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 63-74.

Zeleny, M. Multiple Criteria Decision Making (Mcdm): From paradigm lost to paradigm regained? *Journal Of Multi-Criteria Decision Analysis*. 2011; 18(1-2): 77–89.

Zilcha-Mano S, Langer E. Mindful attention to variability intervention and successful pregnancy outcomes. *Journal Of Clinical Psychology*. 2016; 72(9): 897–907.

10. EKLER

EK 1. Gebe Tanıtım Formu

1- Yaşınız:

2- En uzun yaşadığınız yer:

a- İl b- İlçe c- Köy/ Kasaba

3-Size göre gelir durumunuz?

a- Çok iyi b- İyi c- Orta d- Kötü e- Çok kötü

4- Sağlık sigortanız var mı? a- Evet b- Hayır

5- Eğitim durumunuz:

a- Okur-yazar değil b- Okur yazar c- İlkokul d- Ortaokul e- Lise f- Üniversite

6- Eşinizin eğitim durumu:

a- Okur-yazar değil b- Okur yazar c- İlkokul d- Ortaokul e- Lise f- Üniversite

7- Şu anda yaptığınız iş:

a-Ev hanımı b- Memur c- İşçi d- Serbest meslek e- Çalışmıyor f-Diğeri.....

8- Eşinizin şu anda yaptığı iş:

a- Memur b- İşçi c- Serbest meslek d- Çalışmıyor e- Diğeri.....

9- Aile yapısı:

a-Çekirdek aile b-Geniş aile c- Parçalanmış aile

10- Bu güne kadarki toplam gebelik sayınız:

11- Bu güne kadarki toplam düşük/küretaj sayınız:

12- Gebelik haftanız:

13- Önceki doğum şekliniz:

a- Normal doğum b- Sezaryen

14- Hangi doğum şeklini tercih edersiniz:

a- Normal doğum b- Sezaryen

15- Normal Doğum tercih ediyorsanız nedenleriniz nelerdir? (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)

b- Çevre baskısı

c- Anestezi ya da ameliyat korkusu

d- Önceki doğumun normal yolla olması

- e- Ebe, hemşire ya da doktor yönlendirmesi
- f- Maliyetin daha düşük olması
- g- Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönmek için
- h- Üçten fazla Çocuk isteği
- i- Daha az kanama olması
- j- Daha az enfeksiyon olması
- k- Daha erken emzirebilmek için
- l- Diğer.....

16- Sezaryen doğumu tercih ediyorsanız nedenleriniz nelerdir:

- a- Bebeği riske atmamak için
- b- Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu
- c- Ağrı çekmemek için
- d- Doğum zamanını önceden belirleyebilme şansı olduğundan
- e- Ebe, hemşire, doktor yönlendirmesi
- f- Normal doğum korkusu
- g- Önceki zor doğum öyküsü
- h- İleride büyük tuvaletini tutamama korkusu
- i- İleride idrarını tutamama korkusu
- j- Cinselliği koruma kaygısı
- k- Rahim ve diğer organların sarkması korkusu
- l- Tüplerini bağlatma isteği
- m- İleri yaş nedeniyle
- n- Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü
- o- Diğer.....

EK 2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

(Doğuma Hazır Oluş ve Doğum Korkusu Alt Ölçekleri)

Aşağıdaki ifadeler gebeler tarafından oluşturulmuştur. Aşağıdaki her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
2. Ağrı ile baş edebilirim.				
3. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
4. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var				
5. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
6. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
7. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
8. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
9. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
10. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
11. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
12. Doğum sırasında kontrolümü				

kaybedeceğimden eminim.				
13. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				
14. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
15. Doğum zamanı geldiğinde, ağrılı olsa bile tüm gücümle ıkmabilirim.				
16. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum..				
17. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
18. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğunu düşünüyorum.				
19. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
20. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğunu düşünüyorum.				

EK 3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği

	Hemen Hemen Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen Hemen Hiçbir Zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne						

yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

EK 4. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	06 / 01 / 2016/ 20478486 - 01				
ARAŞTIRMANIN ADI	Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA - CBÜ Sağlık Yüksek Okulu				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Damla ŞAHİN				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	30 / 11 / 2015 / Tarih ve 377 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM - Çocuk Hematolojisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tank ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - BÖLÜM E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan</p>					

EK 5. Manis İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Onayı



T.C. Sağlık Bakanlığı
Manis İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA HSM
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
17.02/2016 15-59 - 54532031 - 372.99 - E.90



00319411008

SAYI : 54532031 /

KONU : Araştırma Başvurusu
(Araş. Gör. Damla ŞAHİN BÜYÜK)

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE MANİSA

İği: 28.01.2016 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ve ekleri

Üniversiteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA'nın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Damla ŞAHİN BÜYÜK tarafından yürütülecek olan "Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırma izin talebi, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı ve ekinde "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" ve "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Mercii" konulu yazılarda dikkat edilmesi gereken hususlar belirtilmiştir.

Bu kapsamda;

Madde-3 "Araştırma izin taleplerine ilişkin başvuruların; mevzuat, mesleki etik kuralları, ulusal-uluslararası bildireler ile etik değer ve ilkeler göz önünde bulundurularak değerlendirilmeleri yapılacak olup, bu hususlara uygun olmayan araştırma talepleri kabul edilmeyecek, uygun bulunduğu halde araştırmanın yürütülmesi esnasında söz konusu hususların ihlalinin tespiti halinde araştırmalar durdurularak ve ilgililere bilgi verilmesi gerekmektedir."

Madde-5 "Aile hekimlerine kayıtlı nüfusta ilgili verilerin, kişilerin veya yasal temsilcilerinin izni olmaksızın paylaşılmasına yönelik talepler kabul edilmeyecektir."

Madde-6 "Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılacak çalışmalarda;

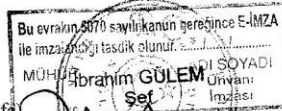
- Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- ASM'ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması gerekmektedir.

Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamlarının alınması koşuluyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Esas Teşkil Eden Kriterler çerçevesinde değerlendirmeler yapılarak araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamları ile araştırma sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda, Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EKLER:

-Komisyon Tutanağı (1 sayfa)



Dr. Ziya TAY
Halk Sağlığı Müdürü

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü İrtibat: Hacer ŞAHİN
Tel: 0.236.2311904/143-181 FAX: 0.236.2314993 e-posta: hsm45.ahu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ae4b21f9-2469-4c78-87fa-31f699dc83a8 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
İL ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

İlgi: a) 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "Araştırma Başvuruları" konulu yazı. ...
b) 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın ilgi (a) ve (b)'de kayıtlı "Araştırma Talepleri" konulu yazı ve eklerinde belirtilen koşullar çerçevesinde araştırma taleplerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerince de değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

Buna istinaden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğümüz bünyesinde Makam Oluru ile "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" oluşturulmuştur.

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" çerçevesinde, başvurusu yapılan araştırma talepleri, 15.02.2016 tarihinde saat 15:00'de Komisyonumuzca değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirmeye göre:

- 17.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde görevli Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ'ın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Seçil KÖKEN tarafından yürütülecek olan "Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
- 25.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'in sorumluğunda Araştırma Görevlisi Ali TAYHAN tarafından yürütülecek olan "40 Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
- 23.01.2016 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA'nın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Damla ŞAHİN BÜYÜK tarafından yürütülecek olan "Gebelerin Doğuma Hazır Olusluk, Doğum korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.

Yukarıda belirtilen araştırmalara ait başvuru formları ve ekli belgeler incelenmiş, araştırmaların gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. İş bu tutanak imza altına alınmıştır.

Dr. Zeynep TAY
Başkan

Dr. Osman ÖZTÜRK
Başkan Yard.

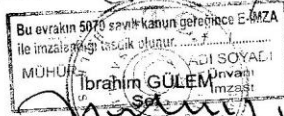
Dr. Özgür ŞİRKİRETER
Üye

Dr. Gonca AYASOYLU
Üye

Süleyman SAVAS
Üye

Dr. Tolga ÖVAŞURT
Üye

Dr. Elçin Ayşe TUNÇAL
Üye



Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ae4b21f9-2449-4c78-87fa-31f699dc83a8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

CALIŞMANIN ADI

GEBELERİN DOĞUMA HAZIR OLUŞLUK, DOĞUM KORKUSU VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışma için sizden her hangi bir ücret ödemeniz istenmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Doğum süreci kadını gerek gebelik, gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilir. Bu aşamaların sağlıklı bir şekilde geçirilmesi için alınması gereken en önemli kararlardan biri doğru doğum şeklinin belirlenmesidir bu çalışma ile kadınların hangi yöntemle doğum yapacağına karar vermesinde doğum korkusu, doğuma hazır oluşluk ve bilinçli farkındalık düzeylerinin rolü incelenecek, kadınların sezaryen veya normal doğum seçimine etki eden diğer etmenler değerlendirilecektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kadınların bilinçli ve farkında karar vermeleri için eğitim programları düzenlenebilir, bu alanda yeni sağlık politikalarının geliştirilmesine ışık tutulabilir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Sizden öncelikle araştırmaya gönüllü olarak katıldığınızı ifade ettiğiniz gönüllü olur formunu okuyup imzalamanız istenecek. Onayınız durumunda bazı kişisel özelliklerinizi ve doğum şekli tercihinizi etkileyen faktörleri değerlendirebilmek için 51 soruluk formu doldurmanız istenecektir.

CALIŖMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmanız halinde toplum sağlığı ile ilgili olarak gebelerin doğum Ŗekli tercihlerini etkileyen etmenlerin değerlendirilmesine, hem kadının hem de yenidoğanın sağlığını etkileyen bu önemli kararın doğru bir Ŗekilde alınması için yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamış olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Soru formlarına adınızı soyadınızı yazmanız istenmemektedir. Kişisel bilgileriniz yalnızca bu araştırmada kullanılacaktır. Hiçbir Ŗekilde başka kişiler ile bilgileriniz paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŐVURULACAK KİŞİLER :

1. Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 0.532.4301778
2. Ar. Gör. Damla ŖAHİN BÜYÜK Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı 0.544.9002844

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek Ŗekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kiŐi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kiŐi

EK 7. Ölçek Kullanım İzni (PKDÖ)

RE: Ölçek kullanım izni



Samiye Mete

10.12.2015 (Per), 14:21

Siz



Yanıtla | v

Damlacım merhaba,

Ölçeği kullanmadan mutluluk duyarım. Kullanım sırasında yardıma gereksinimin olursa yazmaktan çekinme. Çalışmanın sonuçları konusunda bilgi verirsen çok sevinirim.

Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Samiye Mete

From: damla şahin [mailto:damla.sahin44@hotmail.com]

Sent: Wednesday, December 2, 2015 9:53 PM

To: samiye.mete@deu.edu.tr

Subject: RE: Ölçek kullanım izni

Merhaba hocam,


Hızlı geri bildirim için çok teşekkür ederim. Tez çalışmamın konusu gebe kadınların hangi yöntemle doğum yapacaklarına karar vermelerinde doğuma hazır oluşları, doğum korkuları ve bilinçli farkındalık düzeylerinin rolünü incelemek üzerine şekillenmektedir. Ölçeğinizin doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt ölçeklerini Manisa ili merkez aile sağlığı merkezlerine bağlı primipar veya multipar gebelere izniniz dahilinde uygulamayı planlamaktayız.


İyi çalışmalar dilerim.


EK 8. Ölçek Kullanım İzni (BİFÖ)

Re: Ölçek Kullanım İzni

 zümra özyeşil
29.4 (Cum), 14:52
Siz ↕

 Yanıtla ▾

 BİFÖ-3.doc
46 KB ▾

 bilinçli farkındalık-2.pdf
222 KB ▾

2 ekin (268 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Ölçek makalesi ve ölçek ektedir. İyi çalışmalar, sevgiler.

29 Nisan 2016 11:24 tarihinde damla şahin <damla.sahin44@hotmail.com> yazdı:

Merhaba hocam,
Yüksek lisans tezimde geçerlik güvenirliğini sizin yapmış olduğunuz Bilinçli Farkındalık Ölçeği' ni kullanmak için telefonla görüşme yaparak onayınızı almıştım. Şuanda tezimi bitirmek üzereyim ve tezime eklemek için ölçeği kullanmama izin verdiğinizde dair onayınızı içeren bir maile ve ölçeğin uygulama yönergesine ihtiyaç duymaktayım. Geri bildirimiz için şimdiden teşekkür ederim.
İyi çalışmalar dilerim.

From: damla.sahin44@hotmail.com
To: zozyesil@gmail.com
Subject: FW: Ölçek Kullanım İzni
Date: Sun, 6 Dec 2015 15:49:01 +0200

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Damla	Soyadı	ŞAHİN BÜYÜK
Doğum Yeri	Malatya	Doğum Tarihi	10.10.1989
Uyruğu	Türkiye	Tel	0544 9002844
E-mail	damla.sahin44@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Fırat Üniversitesi	2012
Lise	Malatya YDA Lisesi	2007

İş Deneyimi

Görev	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Hemşire	Gaziantep Nizip Devlet Hastanesi	2013-2014
Araştırma Görevlisi	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2014-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
86,25								
		Sayısal		Eşit Ağırlık		Sözel		
ALES Puanı		74,58		76,36		68,60		

(Diğer)			
---------	--	--	--

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Program	Kullanım Becerisi
Office, SPSS vb.	İyi

