



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK İNANÇ MODELİ İLE KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN
SEVAL SÖYLEMEZ**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYTEN DİNÇ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

ÇANAKKALE-2019



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK İNANÇ MODELİ İLE KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN
SEVAL SÖYLEMEZ**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYTEN DİNÇ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

ÇANAKKALE-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst.
Program Adı : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Seval SÖYLEMEZ
Tez Başlığı : Sağlık İnanç Modeli İle Kadınların Doğum Şekli Tercihini
Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Sınav Yeri : ÇOMÜ Yabancı Diller Yüksek Okulu Toplantı Salonu
Sınav Tarihi : 29/08/2019 - 13:00

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ	Celal Bayar Üniversitesi	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans Tezi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences
ProgrammeName : Nursing Master's With Thesis Degree Programme
Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()
Department : Nursing Department
Student Name and Surname : Seval SÖYLEMEZ
Title of the Thesis : Investigation of Factors Affecting the Preference of the Birth Style of Women with Health Belief Model
Examination Place : ÇOMU School Of Foreign Languages Meeting Room
Examination Date : 29/08/2019 - 13:00

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science Thesis.

Thesis Examination Jury

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Assoc. Prof. Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart University	
Assist Prof.Dr. Eda CANGÖL	Çanakkale Onsekiz Mart University	
Assist Prof.Dr. Hülya DEMİRCİ	Celal Bayar Universty	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Çanakkale Onsekiz Mart University, with decision dated...../...../..... and numbered.....

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8'de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 29/08/2019

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Seval SÖYLEMEZ

İmza:



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, beni titiz, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, motive eden daima cesaretlendiren ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın **Doç. Dr. Ayten DİNÇ**'e, katkılarından dolayı **Uz. Dr. Evren ÇAVUŞ**'a, ÇOMÜ Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde görev yapan meslektaşlarıma, anket formlarımı doldurarak çalışmama en büyük katkıyı sağlayan katılımcılara, varlıklarıyla hayatıma anlam katan kıymetli yavrularım **Hasan Deniz** ve **Elif** 'e her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen sevgili eşim **Serkan SÖYLEMEZ**'e teşekkürlerimi sunarım.

Seval SÖYLEMEZ



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	III
THESIS APROVAL FORM	IV
BEYAN FORMU	V
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XI
TABLO LİSTESİ.....	XII
ÖZET	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Doğumun Tanımı	5
2.2. Doğum Şekilleri	6
2.2.1. Vajinal Doğum.....	6
2.2.2. Gebelikte Uterusta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	7
2.2.3. Vajinal Doğum Mekanizması	9
2.2.3.1. Doğum Yolu.....	10
2.2.3.2. Fetus.....	12
2.2.3.3. Uterin Aktivite	14
2.2.4. Doğumun Eyleminin Evreleri	14
2.2.4.1. Birinci Evre (Dilatasyon Evresi).....	14
2.2.4.2. İkinci Evre (Atılma-Ekspulsiyon Evresi).....	15
2.2.4.3. Üçüncü Evre (Plasental Evre).....	15
2.2.4.4. Dördüncü Evre (Kanama Kontrol Evresi).....	16
2.3. Sezaryen Doğum	16
2.3.1. Sezaryen Doğumun Endikasyonları	18
2.3.1.1. Anneye Ait Endikasyonlar (Gül,2008 ; Günel,2009).....	18
2.3.1.2. Fetüse Ait Endikasyonlar (Özer,2011; Karakaplan,2007)	18

2.3.1.3. Sosyal Endikasyonlar (Özer,2011)	19
2.3.1.4. Diğer Endikasyonlar	19
2.3.2. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları	19
2.3.3. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları	19
2.3.4. Sezaryen Doğumun Artış Nedenleri	19
2.4. Doğum Şekli Tercihine Üzerine Çalışmalar	20
2.4.1. Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler ve Nedenleri	20
2.4.2. Doğum Şekli Tercihinde Hemşire ile Ebenin Rolü.....	24
2.5. Sağlık İnanç Modeli ve Bileşenleri	28
2.5.1. Sağlık Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli	28
2.5.2. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri.....	29
2.5.2.1. Bireysel Özellikler	30
2.5.2.2. Algılar	30
2.5.2.2.1. Algılanan Duyarlılık	30
2.5.2.2.2. Algılanan Ciddiyet	30
2.5.2.2.3. Algılanan Yarar.....	31
2.5.2.2.4. Algılanan Engeller	31
2.5.2.2.5. Öz Yeterlilik.....	32
2.5.2.2.6. Sağlık Motivasyonu	32
2.5.3 Eylem ve Eyleme Geçiriciler	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	34
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.5. Veri Toplama Araçları.....	36
3.5.1. Anket Formu	36
3.5.2. Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği (SİM-KVDAÖ).....	37
3.5.2.1 Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği (SİM-KVDAÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirliği.....	37
3.5.2.1.1. Geçerlik Çalışmaları	38
3.5.2.1.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	42
3.5.3. Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği (SİM-KSDÖ).....	45
3.5.3.1. Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği	46

3.5.3.1.1. Geçerlik Çalışmaları	46
3.5.3.1.2. Güvenirlik Çalışmaları	53
3.6. Araştırmanın Uygulaması	56
3.7. Araştırmanın Etiği	56
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	57
3.9. Verilerin Analiz Yöntemi	57
4. BULGULAR	59
4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	59
4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	61
4.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması	63
5. TARTIŞMA	97
5.1. Kadınların Doğum Tercihlerini Etkileyen Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	97
5.1.1. Yaş ve Eşin Yaşı	97
5.1.2. Eğitim ve Çalışma Durumu	98
5.1.3. Gelir Durumu	99
5.1.4. Aile Tipi ve Yaşanılan Yer	99
5.2. Kadınların Doğum Tercihlerini Etkileyen Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	100
5.2.1. Gebe Kalma Sayısı ve Canlı Çocuk Sayısı	100
5.2.2. Planlı Gebelik	100
5.2.3. Doğum Korkusu	101
5.2.4. Gebe kalmak için destek tedavisi	101
5.2.5. Düzenli Antenatal Takip ve Takip Yapılan Kuruluş	102
5.2.6. Son Doğum Şekli	103
5.2.7. Gebelik Süresinde Doğum Şekilleri Hakkında Bilgi Edinme ve Karar Verme Durumu	104
5.2.8. Antenatal Kontrollerin Yapıldığı ve Son Doğum Yapılan Kuruluşun Etkisi	105
5.2.9. Doğumdan Sonra Emzirme Zamanı ve Taburculuk Süresi	106
5.3. SİM-KVDA Ölçeğinden Aldıkları Puanların Son Yapılan Doğum Tercihine Göre Tartışılması	106
5.4. SİM-KSDA Ölçeğinden Aldıkları Puanların Son Yapılan Doğum Tercihine Göre Tartışılması	108

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
6.1. Sonuçlar.....	111
6.2. Öneriler.....	113
7. KAYNAKLAR	114
8. EKLER	124
EK-1 Anket Soru Formu.....	124
EK-2 Sağlık İnanç Modeline Göre Kadınların Vajinal Doğum Tercihi Algıları Ölçeği	128
EK-3 Sağlık İnanç Modeline Göre Kadınların Sezaryen Doğum Tercihi Algıları Ölçeği.....	129
EK-4 Women's Perception of Vaginal Birth (VB) and Cesarean Delivery (CS)	130
EK-5 Sağlık İnanç Modeli İle Kadınların Doğum Tercihi Ölçeği Kullanım İzni	134
EK-6 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni	135
EK-7 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni.....	136
EK-8 Bilgilendirme Onam Formu.....	137
EK-9 Özgeçmiş.....	140
EK-10 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	141
EK-11 Spiralli Tez Kontrol Formu	142

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

HBM	Health Belief Model For Choices Of Delivery
HIV	Human İmmunodeficiency Virus
KMO	Kaiser Meyer Olkin
KSDA	Kadınların Sezaryen Doğum Algısı
KVDA	Kadınların Vajinal Doğum Algısı
ND	Normal Doğum
SD	Sezaryen Doğum
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SİM-KSDAÖ	SİM ile Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği
SİM-KVDAÖ	SİM ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Leopold Manevralarının Gösterimi	13
---	----

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ülkemizde doğum tercihlerine ilişkin yapılan çalışmalar	22
Tablo 2. SİM-KVDAÖ değerlendiricilerin ifadelerine vermiş oldukları puanlara ait özellikler.....	39
Tablo 3. SİM-KVDA ölçeği kendall uyum katsayısı korelasyon testi sonuçları ...	40
Tablo 4. SİM-KVDA ölçeğinin yapı geçerliği çalışması sonuçları	41
Tablo 5. SİM-KVDA ölçeği maddelerinin faktör yükleri.....	41
Tablo 6. SİM-KVDA ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirlik sonucu.....	42
Tablo 7. SİM-KVDA ölçeği'nin iki yarı test güvenilirlik analizi sonuçları	43
Tablo 8. SİM-KVDA ölçeği'nin madde toplam korelasyon sonuçları	44
Tablo 9. SİM-KVDA ölçeği alt boyutlarının cronbach alpha katsayısı değerleri.....	44
Tablo 10. SİM-KVDA ölçeği alt boyutlarının madde numaraları ve min-maks değerleri.....	45
Tablo 11. SİM-KSDA ölçeği değerlendiricilerin ifadelerine vermiş oldukları puanlara ait özellikler.....	47
Tablo 12. SİM-KSDA ölçeği kendall uyum katsayısı korelasyon testi sonuçları ..	50
Tablo 13. SİM-KVDA ölçeğinin yapı geçerliği çalışması sonuçları	50
Tablo 14. SİM-KSDA ölçeği maddelerinin faktör yükleri	51
Tablo 15. SİM-KSDA ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirlik sonucu	53
Tablo 16. SİM-KSDA ölçeği'nin iki yarı test güvenilirlik analizi sonuçları	54
Tablo 17. SİM-KSDA ölçeği'nin madde toplam korelasyon sonuçları.....	54
Tablo 18. SİM-KSDA ölçeği alt boyutlarının cronbach alpha katsayısı değerleri	55
Tablo 19. SİM-KSDA ölçeği alt boyutlarının madde numaraları ve min-maks değerleri.....	56
Tablo 20. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n=324)..	60
Tablo 21. Katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımları (n=324)	61
Tablo 22. Katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özellikleri	62
Tablo 23. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin kadınların doğum şekli tercihlerine göre karşılaştırılması (n=324).....	64
Tablo 24. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin kadınların doğum şekli tercihlerine göre karşılaştırılması	65

Tablo 25. Katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özelliklerinin doğum şekli tercihleri ile karşılaştırılması	67
Tablo 26. Kadınların doğum şekli tercihlerinin SİM-KVDA ölçeğinden aldıkları puanlara göre karşılaştırılması	68
Tablo 27. Kadınların doğum şekli tercihlerinin SİM-KSDA ölçeğinden aldıkları puanlara göre karşılaştırılması	69
Tablo 28. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SİM-KVDA ölçeği alt boyutları puanlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 29. Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre SİM-KVDA ölçeği alt boyutları puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo 30. Katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özellikleri ve SİM-KVDA ölçeği alt boyutları puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 31. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	82
Tablo 32. Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	88
Tablo 33. Katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özelliklerine göre SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması.....	89

ÖZET

Bu araştırmada, doğum şekli tercihlerinin belirlenmesinde kullanılan Sağlık İnanç Modeline göre “Kadınların Vajinal Doğum Algıları (SİM-KVDA)” ve “Kadınların Sezaryen Doğum Algıları (SİM-KSDA)” ölçeği Türkçe Formunun (HBM; Health Belief Model For Choices Of Delivery) geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş ve kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörlerin metodolojik, kesitsel ve analitik olarak belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini ÇOMÜ Tıp Fakóltesi Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran üreme çağındaki kadınlar, örneklemini kriterlere uyan 324 kadın oluşturmuştur. Katılımcıların %54,3’ü 28-37 yaş grubunda, %41,1 üniversite mezunu, %36,4’ünün ilk gebeliği, %86,4’ünün planlı gebeliği olduğu saptanmıştır. Kadınların %42,3’ü son doğumunu vajinal, %57,7’si sezaryenle yapmış, bir sonraki doğum tercihlerinin ise, %42’si normal, %32,4’ü sezaryen ve %25,6’sı kararsız oldukları belirlenmiştir. Kadınların doğum şekli tercihinde; kendi ve eşinin eğitim düzeyi, gelir seviyesi, ikamet yeri, bazı obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, destekle gebe kalma, son doğum şekli, antenatal takip yapılan ve son doğumun yapıldığı kurum, taburculuk süresi ve bebeği emzirmeye başlama zamanı, doğum korkusu) arasında ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların doğum tercihleri SİM-KVDA ölçeği puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=51\pm 5,35$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=40,59\pm 5,26$) arasında fark olduğu, SİM-KSDA ölçeği puanlarına göre, sezaryen doğumu tercih edenler ($X=70,5\pm 8,1$) ile normal doğumu tercih edenler ($X=51,19\pm 10,03$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$).SİM-KVDA ölçeği algılanan faydalar alt boyutunda; antenatal takip, doğum korkusu, tedaviyle gebe kalma, son doğum şekli, doğum yapılan yer, emzirme, taburculuk süreleri etkin olmuştur. SİM-KSDA ölçeği algılanan faydalar alt boyutunda; yaş, eşinin yaşı, eğitim seviyeleri, çalışma durumu, son doğum şekli, doğum yaptığı kuruluş ve doğum şekilleri hakkındaki bilgisi etkili olmuştur. Bu çalışma sonucunda kadınların doğum tercihlerinde sosyo-demografik, obstetrik pek çok faktörün etkili olduğu görölmüştür. Gebelere verilen danışmanlık hizmetiyle kadınların doğuma ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi ve doğuma hazırlanması, sağlık personeline de sezaryen oranlarının azaltılmasına destek vermeleri konusunda eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler; sağlık inanç modeli, doğum tercihi, normal doğum, sezaryen doğum

ABSTRACT

Factors Influencing The Decision That Women Make On Their Type Of Delivery: The Health Belief Model

In this study, the validity and reliability of the Turkish version of "Women's Perceptions of Vaginal Delivery (HBM-WPVD)" and "Women's Perceptions of Cesarean Delivery (HBM-WPCD)" scales according to Health Belief Model used in determining the preferences of delivery mode was tested and it was aimed to determine the factors affecting the birth preferences of women methodologically, cross-sectionally and analytically. The population of the study consisted of reproductive age women who applied to the gynecology outpatient clinic of ÇOMU Medical Faculty Hospital and the sample consisted of 324 women who met the criteria. 54.3% of the participants were in the 28-37 age group, 41.1% were university graduates, 36.4% were primigravida women and 86.4% had planned pregnancies. 42.3% of women had their last child with vaginal delivery and 57.7% had cesarean delivery and it was determined that 42% of them will have normal delivery, 32,4% will have cesarean delivery and 25,6% are uncertain regarding the next birth preferences. In the preferences of delivery mode of women; a relationship was found between education level, income level, place of residence of her and her partner and some of her obstetric characteristics (number of pregnancies, assisted pregnancy, last delivery mode, institution where antenatal follow-up and last delivery were carried out, duration of discharge and time to start breastfeeding baby, fear of birth)($p < 0,05$). When the birth preferences of women were analyzed according to the HBM-WPVD scale scores, it was found that there was a difference between those who preferred normal delivery ($X = 51 \pm 5.35$) and those who preferred cesarean delivery ($X = 40.59 \pm 5.26$); and there was a statistically significant difference between those who preferred cesarean delivery ($X = 70.5 \pm 8.1$) and those who preferred normal delivery ($X = 51.19 \pm 10.03$) according to the HBM-WPCD scale scores ($p = 0.000$). In the subscale of perceived benefits of HBS-WPVD scale, antenatal follow-up, fear of birth, assisted pregnancy, last delivery mode, place of delivery, breastfeeding and duration of discharge were effective. In the subscale of perceived benefits of HBS-WPCD scale, age, partner's age, education levels, working status, last delivery mode, the institution of delivery and her knowledge of delivery modes were effective. As a result of this study, many sociodemographic and obstetric factors were found to be effective in the birth preferences of women. It is recommended to fill the women's knowledge gap about birth and to prepare them for birth with the consultancy service offered to pregnant women; to provide health personnel with the training on supporting the reduction of cesarean rates.

Keywords: Health belief model, Choice of delivery, Vaginal delivery, Cesarean delivery

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik kadın için önemli bir yaşam deneyimidir. Bu sürecin en iyi şekilde sonlanması anne, bebek ve aile açısından son derece önemlidir. Gebelik ve doğum normal bir süreç olmasına rağmen, bazen kadınlar gebelik döneminden itibaren gerek doğuma kadar olan zaman dilimi, gerekse doğum sonundaki dönemde birçok sorunla karşılaşabilir. Bu serüvende üzerinde düşünülmesi ve doğru karar verilmesi gereken en önemli hususlardan birisi kadının doğum şeklidir (Dinç 2018).

Doğum şekli tercihi çevresel ve psikolojik faktörlerden etkilenmektedir. Kadınların önceki doğum deneyimleri, arkadaş çevreleri, aileleri, sağlık personeli, kitap, dergi, TV ve internet doğum tercihleri belirlenirken oldukça etkilidir. Sonuçta kadın tüm bu faktörlerin de etkisiyle kendisi için en uygun doğum şeklini tercih edecektir. Bazı durumlarda doğum düşünülenden farklı bir şekilde olabilmektedir. Unutulmamalıdır ki doğum şekline gebeliğin her aşamasında anne ve bebek değerlendirilerek karar verilir. Burada en önem verilecek husus, doğru kaynaklar tarafından yeterli bilgilendirilen ve kendisi için uygun doğum şekline yönlendirilen kadınların doğum serüvenini kendisi ve bebeği için en sağlıklı şekilde tamamlamasıdır (Aksu ve ark,2015; Karabulutlu,2012).

Sezaryen operasyonu, normal yollarla doğumun gerçekleştirilemediği ya da normal doğumun fetüs veya annede tehlike oluşturduğu hallerde, karın ve uterus duvarının kesilip açılması sonucu fetüsün dışarıya çıkarılması olarak tanımlanır. Geçtiğimiz yıllar içerisinde sezaryene olan eğilim yalnızca ülkemizde değil tüm ülkelerde artmakta, buda vajinal doğumun bir alternatifi gibi sunulmasına sebep olmaktadır. Bunun sebebi gelişen bilim ve teknoloji ile sezaryen operasyonunun daha rahatça uygulanabilir hale gelmesidir (Aksoy ve ark,2014; Ergöl ve ark,2014; Akyol ve ark,2011). Baş-pelvis uyumsuzluğu, fetal distres, uzamış doğum eylemi, ablasyo plasenta ve plasenta previa gibi nedenler mutlak sezaryen endikasyonu iken, birçok kadın doğum ağrısından korkma, yetersiz doğumhane koşulları, doğumda psikolojik

desteğin eksik olması, epidural anestezinin yaygın olarak sunulmaması gibi sebeplerden dolayı kendi isteği ile sezaryen doğuma yönelmektedir. Sezaryen doğum ile yeni doğan için daha güvenli olacağı düşüncesi ve zorlayıcı bir vajinal doğuma bağlı olarak riski artan pelvik relaksasyonlar ve üriner inkontinansa engel olacağı düşüncesi de önemli sebepler arasında sıralanabilir (Aksoy ve ark,2014; Şahin,2009). Doktorların, sezaryeni tercih nedenleri olarak ise; kısa süren travay, sezaryen sonrası yetersiz görülen vajinal doğum uygulamaları, yanlış tıbbi müdahalelerin neticesinde karşılaşılan meşakkatli yasal süreçler ve maddi yönden kazanç sağlaması olarak sıralanabilir (Şahin,2009).

Sezaryen doğumun son yıllarda dünyada ve ülkemizde en sık uygulanan cerrahi girişim olduğu görülmektedir. Ancak tıbbi gereklilik olmaksızın uygulandığında gerek bebek ve annenin sağlığına gerekse artan sağlık bütçeleri ile ülke ekonomisine zarar verdiği görülmektedir (Ergöl ve ark,2014). Dünyada sezaryen oranı ABD'de %31.8, Çin'de %46, Norveç'te %16.6, İtalya'da %40 olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün sezaryen ile ilgili tavsiyesi sezaryen operasyonlarındaki payın %15 ile sınırlı olması doğrultusundadır(Martin ve ark, 2014). Maalesef tüm dünyadaki birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sezaryen oranı, DSÖ'nün önerdiği oranın üzerindedir. Ülkemizde 2003 yılında sezaryen oranı %21,2, 2008 yılında %36,7, 2013 yılında %48'e yükselmiştir (TNSA 2013). Türkiye'de 2015 yılındaki doğumların %60'ı vajinal, % 37'si sezaryen olarak gerçekleşirken bu oranın özel hastanelerde %65 'e çıktığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikî Yıllığı 2015).

Bir anne için ilk doğum çok önemlidir. Çünkü gerçekleşen ilk doğum sonrasında yeniden yaşanacak gebelik süreçlerinde edinilen deneyimler çok etkili olacaktır. Buda ilk doğumu özel kılmaktadır. Sağlık ile ilgili sebepler, annelik içgüdüsünü artırmak, doğum ağrısından korkma ve ekonomik nedenler doğum tercihi seçiminin diğer belirleyicilerindedir(Akyol ve ark,2011;Karabulutlu, 2012). Vajinal doğumda komplikasyon görülme riskinin daha az olduğu düşünülürse, vajinal doğum ile sezaryen doğum kıyaslandığında sezaryen doğumun üstünlüğü hiç şüphesiz tartışılmaz bir gerçektir. Ancak ülkemizde ve dünyada görülen yüksek sezaryen yüzdesini düşürmeye yönelik birçok çalışma yapılarak sezaryen tercihinin etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Ergöl ve ark,2014).

Son yıllarda sağlık davranışlarının açıklanmasında Sağlık İnanç Modeli (SİM) sık kullanılmaktadır. Sağlık İnanç Modeli; 1950'lerin başında, sosyal psikologlarca, halk sağlığı alanında tarama testleri ve aşılardan kimlerin yararlanacağını belirlemenin bir yolu olarak görülüyorken, geçtiğimiz yirmi yılda diğer teorik çerçeveler ile karşılaştırılarak genişletilmiş ve sağlık davranışlarını değiştirme girişimlerinde de kullanılmaya başlanmıştır. (Çenesiz,2007; Çenesiz ve ark,2007; Olgun ve ark,2012). Loke ve ark (2015) ve Dapior ve ark (2017) kadınların doğum tercihlerinin belirlenmesinde SİM'i kullanmışlardır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre doğum kadınların doğum tercihlerinin belirlenmesinde beş temel bileşen kullanılmıştır. Bunlar; hassasiyet algısı (İnsanların kendilerini tehlikede hissettiklerinde doğru davranış gösterme ilkesi), ciddiyet algısı (istenmeyen sonuçlar hakkındaki algıları), yarar algısı (sağlıklı davranışın onlar için faydaları), engel algısı (sağlıklı davranışın önündeki istenmeyen engeller) ve eyleme geçiriciler (doğru davranışı gösterme yeteneğine sahip olma) olarak açıklanmaktadır.

Antenatal dönemde yeterli bilgilendirilen gebe ve ailesi karar sürecine daha bilinçli olarak katılır ve bu da uyum sürecini rahat ve kolay bir hale getirir. Bu sebeple gebelerle bir arada bulunan doktor, ebe ve hemşirelerin bu konuya daha duyarlı olmaları ve sürecin doğru yürümesi adına hassas ve bilgilendirilmiş şekilde yaklaşımları hedeflenmektedir.

Türkiye'de kadınların doğum tercihlerinin belirlenmesinde yapılan çalışmaların çoğu tanımlayıcı niteliktedir. Ülkemizde şimdiye kadar yapılan çalışmalarda SİM'e göre kadınların doğum tercihlerini belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Loke ve ark (2015) kadınların doğum şekli tercihlerinin belirlenmesinde kullandıkları Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği sağlanarak literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Gebelik serüveni her kadın için çok özeldir ve bu serüveni anne ve bebek açısından en iyi şekilde tamamlayabilmek son derece önemlidir. Kadın ve ailesinin gebelik süresince doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirilmesi ve karar sürecine katılımının sağlanması kadının doğum tercihini belirlemesini kolaylaştıracaktır.

Bu çalışma Sağlık İnanç Modeli ile kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Loke vd.(2015) tarafından geliştirilen Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği doğum şekli tercihlerinin belirlenmesi amacıyla Türkçe'ye uyarlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacına yönelik sorular aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

- 1) SİM-KVDA Ölçeği Türkçe Formu yüksek derecede geçerli ve güvenilir midir?
- 2) SİM-KSDA Ölçeği Türkçe Formu yüksek derecede geçerli ve güvenilir midir?
- 3) Kadınların tanıtıcı ve gebelik ile ilgili özelliklerine göre SİM-KVDA Ölçeği puanları farklılaşmakta mıdır?
- 4) Kadınların tanıtıcı ve gebelik ile ilgili özelliklerine göre SİM-KSDA Ölçeği puanları farklılaşmakta mıdır?
- 5) Kadınların tanıtıcı ve gebelik ile ilgili özelliklerine göre doğum tercihleri farklılaşmakta mıdır?
- 6) Kadınların doğum tercihlerine göre SİM-KVDA Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar farklılaşmakta mıdır?
- 7) Kadınların doğum tercihlerine göre SİM-KSDA Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar farklılaşmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğumun Tanımı

Doğum eylemi; servikal açılma ve silinmeye neden olan ve giderek sıklaşarak şiddeti artan kontraksiyonlarla beraber fetüs ve eklerinin dışarı atılması ile karakterize klinik bir süreçtir (Erkıran,2009).

Doğumla ilgili genel bir tanım yapmak gerekirse ağırlığı 500 gramın üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır. Bahse konu fetüslerin baş ve topuk mesafeleri ise 25 cm üzerinde olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir. Başka bir yönüyle doğum olayı, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılmasıdır. Doğum abdominal ya da vajinal yolla olabilir (Gül,2008).

İnsanlığın devamı adına doğum, kadınlara verilmiş oldukça kutsal bir kavramdır. Tüm kadınlar adına cinselliğe benzer biçimde doğumun da iç güdesel bir yönelim olduğu bilinmektedir (England ve Horowitz, 2011). Doğum, doğal olarak içgüdülerden hareketle gerçekleştirilen bir eylemdir. Doğal bir doğumda, herhangi bir müdahalenin varlığı söz konusu değildir. Doğum süreci kadınlarda, aniden başlamakta ve doğal bir şekilde kendiliğinden devam etmektedir. Bu durumda doğumu tamamıyla kadın kontrol etmektedir. Fizyolojik bir hadise olan doğumun bir hastalık olarak değerlendirilmesi doğru değildir. Doğanın temel düzeni içerisinde doğumun mutlaka gerçekleşmesi gerekmektedir (Sayiner vd., 2009).

İnsanlığın ortaya çıktığı zamanlardan itibaren yüzyıllar boyunca doğum eylemi kadınlar tarafından doğal olarak gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda doğumun kavramının çok köklü bir geçmişe sahip olduğunu ifade etmek mümkündür (Mongan, 2013). Sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesi ve kadınların sağlığı açısından önemli olan doğum doğal bir işlevi temsil etmektedir. Böylesine önemli bir süreç içerisinde kadın ve bebek sağlığı açısından, sağlık durumlarının bilincinde olarak, sert müdahalelerin yer almadığı bir bakım sürecinin var olması gerekmektedir (Odent, 2009).

Fizyolojik süreçlere yardım edilmesinin doğru olmadığını düşünen Dr. Michel Odent (2013), doğumun doğal olarak gerçekleşmesini savunmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken tek husus doğum eylemini engellemeye dönük uygulamalardan kaçınılmasıdır. Doğum eylemine destek vermek üzere sürece dahil olan kimselerin sadece gözlemde bulunması gerekmektedir. Ayrıca Odent, en uygun doğumun gerçekleşmesi için ortamın biraz loş, gürültüden uzak, mümkün olduğu kadar kimsenin olmadığı, yalnızca doğum sırasında kadının rahatlaması adına destek verecek deneyimli bir ebeğin olduğu bir ortam içerisinde gerçekleşmesi gerektiğini belirtmiştir. Doğum süreçlerinde kadınların rahatlaması adına kullanılmakta olan yöntemlerden bazıları; el ve ayaklara masaj yapmak, serbest hareketler, yıkanmak ve müzik dinlemektir. Sadece rahatlama yöntemlerinin uygulanmasında verilen desteklerle kadın, doğum sürecinde tek başına ve aktif bir rol üstlenmektedir. Doğumun sorunsuz bir şekilde gerçekleşmesi için ise, doğum yapacak kadının önceden doğuma hazırlanması gerekmektedir. Söz konusu hazırlıkların yapılması sürecinde en etkili uygulama ise, sağlık personelleri tarafından anne adayların verilen antenatal bakım, eğitim ve danışmanlık programlarıdır. Bu programlar üzerinden yürütülecek hazırlık programları, doğuma hazırlık sınıfları ile etkinlik kazanabilmektedir (Hotelling,2009). Doğuma hazırlık sınıfları son yıllarda Türkiye’de yaygınlaşmaya başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

2.2. Doğum Şekilleri

2.2.1. Vajinal Doğum

Normal bir doğum eylemi; gebeliğin 37-42. haftasında spontan olarak başlayan, tek ve canlı bir fetüs ile gerçekleşen eylemdir (SOGC 2008, Taşkın 2014). Tanımlamaları artıracak olursak normal doğum; dış dünyada yaşama olgunluğuna ulaşmış fetüsün doğum kanalından geçerek dünyaya gelmesini şeklinde açıklanabilir. Gebelik süreci ortalama 280 gün ya da 40 hafta olarak kabul edilir (Yakut,2015).

Normal doğum, canlıların nesillerinin devamı için kullandıkları, yüzyıllardır süregelen bir yöntemdir. Fizyolojik bir süreç olduğu için annenin hastanede kalış süresi kısaldır, günlük aktivitelerine çok daha çabuk dönebilir ve hemen bebeğini

emzirebilir. Bebek için faydaları ise daha düşük teratojenik etki verespiratuar distres sendromudur (Yakut,2015).

Doğum eylemi, servikal açılma ve silinmeye neden olan kontraksiyonlar eşliğinde fetüs ve eklerinin dışarı atılmasıdır (Erkıran,2009).

Menstrual periyodun bitimini takip eden 38-40 hafta sonra, şiddetlenen ve sıklaşan kontraksiyonlarla birlikte, serviks dilaktasyona neden olan, gebeliğin bir ürünü olarak fetüs ve bağlantılarının uterustan dışarıya bırakıldığı süreç, vajinal doğum eylemi olarak adlandırılmaktadır (Kışnişçi, 1996).

Doğum eyleminin gerçekleşebilmesi için ise miyometrial kasılabilirlik ile servikal yumuşama ve dilatasyon arasındaki koordinasyonun sağlanması gerekmektedir. Gebeliğin ilk ortaya çıkışı ile doğum arasında kalan süre zarfında uterus hem fetus için gereken perfüzyonun sağlanması için yumuşak bir yapıya sahip olmalı, hem de gerekli görülmeyen uyarılara karşı duyarsızlığı sağlanmalıdır (Kışnişçi, 1996).

Gebeliğin gerçekleşmesi ile birlikte uyarılara karşı duyarsızlaşan miyometriyum 36-38 hafta sonrasında yeniden duyarlı hale gelmektedir. Bu karşılık oldukça bilinçli ve uyumlu olarak ortaya çıkmaktadır. Uterusta meydana gelen kasılmalardan dolayı fetüs zarar görmemekte, bu kasılmalar serviksin açılmasını sağlayarak fetusun doğum kanalında tahribat yaratmadan alt kısma geçişini sağlamaktadır. Bu süreçte ilk olarak serviks yumuşamakta, olgunlaşmakta ve silinmektedir. Miyometrium hücreleri sitoplazmik kalsiyum konsantrasyonunu düzenleme yetisine sahip olmakta, daha sonrasında ise miyometrial hücrelerin kalsiyuma karşılık vermesi ve hücreler arasında iletişim yeteneği kazanılmaktadır. Söz konusu hazırlık dönemini takiben ise travay başlamaktadır. Doğumun gerçekleşmesinden sonra ise bu kez miyometrium sürekli kontraksiyon ve retraksiyon fazına geçmektedir. Bu sayede uterusta bulunan büyük damarlar kas lifleri arasında sıkışmaktadır. Bu durum doğum sonu kanamayı engellemektedir (Arslan, 2012; Ceylan vd., 2010).

2.2.2. Gebelikte Uterusta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Gebeliğin başlangıcı ile uterusun boyutunda, ağırlığı, kalınlığı, yumuşaklığı ve pozisyonunda belirgin değişiklikler olur. Östrojenin etkisi ile uterus kaslarında hipertrofi ve hiperplazi sonucu uterus büyür. Gebelik dönemin ilk yarısı içerisinde

myometriyum liflerinin boyunda 10 ile 12 kat arasında, enlerinde ise 2 ile 7 kat arasında artış meydana gelmektedir. Gebeliğin ikinci yarısına gelindiğinde ise pasif bir gerileme dönemine girilmektedir. Gebelikten önce 40-60 gr olan uterus miada 1000-1200 gr seviyelerine gelmektedir. Yapısal olarak uzunluğu 7-8 cm ve armuda benzemekte iken, terme yakın 20 cm'yi aşan uzun, oval ya da yuvarlak bir hale gelmektedir. Uterusun yapısında iki farklı bölüm bulunmaktadır. Uterusun üst kısmında yapısı üçgene benzeyen kalın duvarlı musküler korpus bulunmakta iken, alt kısmında ise primer halde fibröz bağ dokusundan meydana gelen serviks bulunmaktadır. Serviks ile birlikte korpus isthmus adı verilen bir ara yapı ile arada bağlantı kurulmaktadır. Gebelik sürecinde en belirgin olarak ortaya çıkan yapısal değişim korpusta yer alan düz kas liflerinin hiperplazi ve hipertrofisidir. Gebeliğin ilk 3 ayı içerisinde isthmus, gebelikte hormonların etkisi ile 3 kat hipertrofiye uğrayarak yumuşar ve üst kısmından yavaş yavaş açılmaya başlayarak kavum uteri ile birleşir.

Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

1) Hafifleme; eylemin başlamasından birkaç hafta önce başın pelvis boşluğuna yerleşmesi ile fundus yüksekliği aşağıya iner. Annenin dyafram kası sıkışmadığından solunumu rahatlar, mide sorunları azalır, buna hafifleme denir.

2) Nişane; doğum eyleminin başlangıcında en önemli belirti olarak görülen kanlı mukustan oluşan akıntıdır. Rektal ya da vajinal muayene yapılmaksızın doğum olayı kanlı mukus akıntısının görülmesinden yaklaşık 48 saat sonra gerçekleşir. Bu olayda mukustaki kadar daha fazla miktarda kan görülmesi durumunda plasenta ile ilgili bir kanama olabileceği hesaba katılmalıdır.

3) Yalancı Travay; erken doğum veya zamanında doğum olayının başlamasından önce anne "yalancı doğum travayı" adı verilen uterus kasılmalarını hisseder. Kasılmalar gerçek doğum travayı kontraksiyonundan farklıdır, düzensizdir ve süreleri birbirinden çok farklıdır. Bu aşamada oluşan ağrıyı anne adayları karnın alt ve kasık kısmında daha çok hisseder, ancak gerçek travayda kasılmalar önce fundusta başlar sonra uterus boyunca ve belin alt kısmına doğru yayılım gösterir. Bu tür kasılmalar servikste incelmeye ve açılmaya neden olmaz. Bu durumda doğum travayının zamanının geldiği anlaşılmalıdır. Yalancı travay birçok kez kendiliğinden

geçer. Geçmediği durumlarda da arkasından gerçek tarvayın geleceği anlaşılmalıdır. (Yaşar,2006).

Gerçek eylem; ağrı farklı zaman aralıklarında değil düzenli olarak gelir, Kasılmaların 1 dakikayı geçmediği ve giderek şiddetlendiği görülür. Ağrı bel ve karında hissedilir. Serviks giderek açılır ve silinir kontraksiyonlar sedasyonla durmaz. (Erkıran,2009)

Yalancı eylem; ağrı farklı zaman aralıklarında düzensiz olarak gelir, Kontraksiyon süresi düzensiz ve uzun solukludur. Ağrı bölgesi değişerek kasık bölgesinde hissedilir, Kontraksiyonlar serviksi açmaz ve silinme olmaz, Kontraksiyonlar sedasyonla durur (Erkıran,2009).

Servikal Muayene;

Servikal muayenede 5 önemli parametre değerlendirilmelidir.

1) Silinme (Efasman): Serviks uzunluğunun azalmasıdır. Serviks uzunluğu yarısına inmiş ise %50 silinme var demektir.

2) Açılma (Dilatasyon): Servikal açıklığın değerlendirilmesidir. İki parmak serviks içine sokularak değerlendirilir. Komplet durumunda 10 cm açılma vardır.

3) Prezente olan kısmın seviyesi: Sıfır hattı tam spina iskiyadika düzeyinde olan hattır. Bunun üzerinde ise -1, -2, -3, -4, altında ise +1, +2, +3, +4, olarak ifade edilir. +5 durumunda fetal baş introitusdan görülür.

4) Serviks durumu: Anterior, posterior, orta pozisyonda olabilir.(Ceylan vd.,2010)Doğuracak serviks öne döner. Ayrıca muayenede pelvik kemik çatı da değerlendirilmelidir.

5) Membranların değerlendirilmesi: Membranların yırtılıp yırtılmadığı ele boş gelip gelmemesi ile değerlendirilir.

Primigravida anne adaylarında ilk olarak servikal silinme olur daha sonra serviks açılır, multigravid anne adaylarında bu durum beraber seyreder (Erkıran,2009).

2.2.3. Vajinal Doğum Mekanizması

Doğum eyleminin mekanizmasında temeli oluşturan dört değişken mevcuttur: Doğum yolu, Fetus, Uterin aktivite ve Psişik durum (Gabbe, 2017; Taşkın,2003).

2.2.3.1.Doğum Yolu

Doğum yolu; sakrum, koksiks, ilium, iskiium ve pubisin birleşiminden oluşan kemik pelvis ve yumuşak dokular tarafından oluşturulur.

Kemik pelvis, büyük ve küçük pelvis olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Büyük pelvis, kemik pelvisin leğene benzeyen üst kısmıdır ve doğum açısından çok fazla önemi yoktur.

Kemik pelvis ikiye ayrılır. Bu ayrımında hayali bir çizgi bulunur. Buna, "linea terminalis" denir. Bu ayrımın üstünde yer alan kısma büyük pelvis (yalancı pelvis), altında yer alan kısma küçük pelvis (hakiki pelvis) denir. Doğum için küçük pelvis önemlidir.

Küçük pelvis, pelvik girim, orta pelvis, pelvik çıkım olmak üzere üç kısma ayrılır.

a) Pelvik Girim

Pelvis giriminin dört kuturu vardır. ön-arka kutur, transvers kutur, iki tane oblik kutur. Ön-arka kutur promontoryum orta bölgesinden simfizis pubis üst kısmına kadar uzanır. Bu kuturun farklı yerlerden ölçülmesiyle 3 ayrı konjugata ortaya çıkar. Bunlar konjugata vera, konjugata obstetrika ve konjugata diagonalisdir. Konjugatavera, promontoryumdan simfizis pubisin üst kısmına kadar uzanan bölümdür ve 11,5 cm'dir.

Pelvisin dıştan ölçülen tek iç kutru diagonal konjugatadır. Obstetrik konjugatanın boyu diagonal konjugatanın boyuna göre belirlenir. Vajinal muayene yapılırken muayene eden elin orta parmağıyla sakral çıkıntıya değmeye çalışılır. Serbest elin işaret parmağı, pubis simfisisin alt kenarının muayene eden elin işaret parmağının metakarpofarenjial eklemine yakın yerleşme noktasını belirler. Diagonal konjugata olan bu ölçüm, genellikle obstetrik konjugatı 1,5-2 cm kadar geçer. Diagonal konjugata genellikle parmak boyundan uzun olduğu için vajinal muayenede sakral çıkıntıya ulaşırsa, pelvis giriminin antero-posterior çapının yeterli olmadığı düşünülür (Taşkın 2003, Yaşar 2006).

b) Orta Pelvis

Pelvis kavitesi, üstte pelvis girişi, altta pelvis çıkımı ve etrafında da pelvis duvarları olan bölgedir. Vajinal muayenede yapılırken spina iskiadikalar net olarak

hissedilirse orta pelviste bir darlıktan şüphe edilir çünkü iskiyal spinalardan, fetus basının ilerleyişini takip etmek için faydalanılır (Ersoy,2000Yaşar,2006).

c) Pelvik Çıkım

Önde subpubik kemer, lateralde iskiyal tuberositler ve arkada sakrumun ucu ile sınırlıdır.

- **Ön-arka çap**, simfisis pubisin alt ucundan sakrumun ucuna kadar uzanır 9,5 cm'dir ve çıkımın en uzun çapıdır. Buradaki eklem doğum esnasında fetus başının baskısıyla 12cm e kadar genişleyebilir.

- **Transvers çap**, iskiyal tuberositler arasındaki mesafedir 11 cm'dir. Pelvis çıkımının en dar çapı transvers çap olduğundan normalin altındaki ölçüler tehlikeli kabul edilir.

- **Posterior sagittal çap**, iskiyal tuberositlerin ortası ile sakrumun ucu arasındaki 8-10 cm lik bir mesafedir. Çıkımdaki darlık aynı zamanda orta pelvisteki bir darlığa da işaret edeceğinden önemlidir (Taşkın,2003).

Seviye, fetusun önde gelen kemik kısmının doğum kanalındaki yerinin belirlenmesidir. Sıfır hattı tam spina iskiyadika düzeyinde olan hattır. Bunun üzerinde ise -1, -2, -3, -4, altında ise +1, +2, +3, +4, olarak ifade edilir. +5 durumunda fetal baş vajen giriminden görülür (Erkıran,2009).

2.2.3.2. Pelvis Tipleri

a) **Jinekoid pelvis**: vajinal doğum eylemi için en uygun pelvis tipidir.

b) **Andropoid pelvis**; oval seklindedir, pelvik girimin ön-arka çapının transvers çaptan daha büyük olduğu tiptir. En sık oksiputposterior gelişe neden olur,vajinal doğum için elverişli değildir.

c) **Android pelvis**; erkek tipi pelvistir ve pelvik girim kalp seklindedir. Bu pelvis tipinde bebek başı posterior veya transvers yerleşir bu yüzden de rotasyon yapamaz. Vajinal doğum için uygun değildir.

d) **Platypelloid pelvis**; kadın tipi pelvisin biraz daha transvers doğrultuda, elips şeklini almış halidir. Transvers kutru daha geniştir. Genellikle bu tip pelviste bebek sezaryenle doğurtulur (Yaşar,2006; Taşkın,2003).

2.2.3.2. Fetus

Fetal baş termde vücuttan daha büyük olması nedeni ile doğum mekanizmasında çıkımı en zor olan parçadır. Kafatasını iki temporal, iki frontal, iki pariyetal ve bir oksipital kemik oluşturur (Taşkın,2003;Yaşar,2006).

Kemik sınırlarındaki membranla kaplı olan aralıklara sutur, suturların birleştiği köşelere de fontanel adı verilir. Kafa kemikleri bu sutur ve fontaneler sayesinde doğum kanalından geçerken birbiri üzerine gelerek küçülebilir. Böylece doğum kanalı ile doğum objesi arasında uyum sağlanmış olur (Taşkın,2003).

Fetal basta bulunan önemli suturlar:

- Sagital sutur; iki parietal kemik arasında yer alır.
- Koronal sutur; parietal ve frontal kemikler arasında yer alır.
- Lomboidal sutur; parietal kemikler ile oksiput kemiği arasında yer alır.
- Frontal sutur; iki frontal kemik arasında yer alır. Sagital suturun devamıdır.

Suturların birleşmesi ile iki fontanel meydana gelir. Birincisi büyük fontanel; frontal, sagital ve koronal suturların birleşmesi ile oluşan elmas şeklinde bir açıklıktır. İkincisi küçük fontanel; sagital ve lomboidal suturların birleşmesi ile oluşan Y harfi şeklinde bir açıklıktır.

Her iki fontanel de fetüs başının pozisyonu belirlenirken bize faydalı olur (Yaşar,2006; Ersoy,2000).

Sinsiput, bregma, vertex, oksiput, mentum ve brow vajinal doğum mekanizmasında faydalanılan fetüs başının özel noktalarındandır.

Fetal kafatasının iki transvers kutru vardır;

- **Biparietal kutur;** parietal kemikler arasındaki 9,5 cm lik en uzun transvers kuturdur.

- **Bitemporal kutur;** temporal kemikler arasında ve 8 cm uzunluğundadır.

Ön-arka kuturlar 4 tanedir.

- **Oksipito-frontal kutur;** oksipital çıkıntı ile burun koku arasındaki mesafedir ve 11 cm uzunluğundadır.

- **Suboksipito-bregmatik kutur;** oksipital kemiğin alt kısmı ile bregma arasındadır. 9,5 cm ile fetal başın en küçük kuturudur.

- **Oksipito-mental kutur;** oksiputun üst kısmından çeneye kadar olan mesafedir. 13,5cm ile fetal başın en uzun kuturudur.

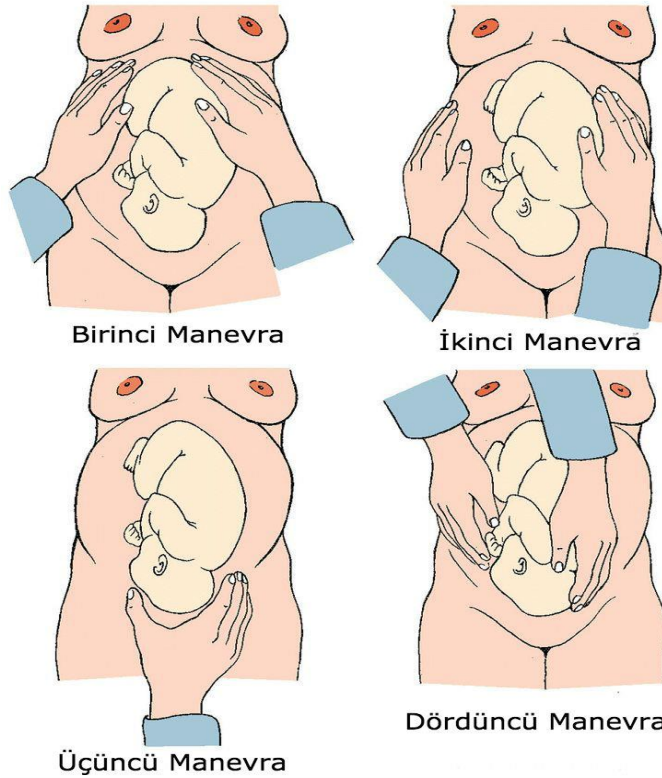
- **Submento-bregmatik kutur;** alt çenenin boyun ile birleştiği yer ile bregma arasında uzanır. 9,5cm'dir (Taşkın,2003).

Fetal Prezantasyon, Pozisyon ve Duruş

Fetusun pelvise giren vücut kısmına prezente olan kısım denir. Fetusun çeşitli vücut kısımlarının birbiri ile olan ilişkisine fetusun anne karnında duruşu denir. Normal şartlarda %95 vertex prezantasyonu görülür yani fetusun uterus içi karakteristik duruşu sırt kavisli, baş öne doğru eğik, çene göğse yakın, kollar göğsün önünde birleşmiş, üst bacak abdomene doğru flexionda ve dizler bükülüdür (Taşkın,2003).

Fetusun uzun ekseninin, uterusun uzun eksenine göre olan ilişkisine fetal situs denir. Fetal situs longitudinal (%99), transvers veya oblik olabilir. Fetal prezantasyon, doğum kanalına önde giren yapıyı ifade etmektedir. Baş, makat, omuz prezantasyonu olabilir.

Leopold manevraları, fetüsün son halini ve durumunu belirlemek için uterusun karnın üzerinden dokunarak muayene edildiği dört özel adımdır.



Şekil 1: Leopold Manevralarının Gösterimi

2.2.3.3. Uterin Aktivite

Yeterli uterin aktivitenin tanımı hala belirsizliğini korumaktadır. 10 dakika içinde 3 –5 uterin kontraksiyon yeterli kabul edilebilir. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelmeli düzenli, güçlü ve uzun süreli olmalı. Eylemin başlarında kontraksiyonların şiddeti 20-30 mmHg iken eylem ilerledikçe önce 50,daha sonra 100 mmHg' ya kadar çıkar (Taşkın,2003). Eylemde serviks yukarı çekilir serviks dilatasyonu kasılmakta olan uterusun serviks üzerindeki etkisidir.

Bu dönemde, güçlü ıkmalar ve uterus kontraksiyonlarının artması, fetusun aşağı inmesini ve vajinal doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlar (Yasar,2006).

2.2.3.5. Psikik Durum

Doğum sürecinde kasının kişisel özellikleri, sağlık ekibine duyduğu güven ve gebenin aile ve arkadaşlarının sağladıkları destek sürecin sorunsuz olarak yönetilmesinde çok önemlidir(Yılmaz,2017).

Doğum eyleminde psikik faktörlerin önemli rolü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Gebelikte yaşanan anksiyete; fetal distres, kanama, uzamış yada hızlı doğum eyleminin görülme sıklığını artırmaktadır. Kontraksiyonların arttığı dönemde annenin kontrollü olabilmesi için annenin gebelik sürecinde psikolojik olarak hazırlanması önemlidir. Bu da gebelik boyunca sürekli danışmanlık ve eğitim ile mümkündür(Yaşar,2006).

2.2.4. Doğumun Eyleminin Evreleri

2.2.4.1. Birinci Evre (Dilatasyon Evresi)

Ağrı başlamasından tam dilatasyona kadar geçen süredir. Doğumun birinci evresi servikal silinme ve dilatasyon evresidir. Latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç fazdan oluşur. Her bir fazda farklı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler gerçekleşir. Doğumun en uzun evresidir (Özer, 2011).Bu dönemde kontraksiyonların şiddeti hafiftir ve gebe ağrıyla baş edebilir (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Aktif faz, servikal açıklık 5 cm olduğunda başlar, 8 cm'ye ulaştığında biter. Servikal silinmenin tamamlandığı bu fazın primiplarlarda 6-18 saat, multiparlarda ise 2-10 saat sürebilir. Kontraksiyonların şiddeti orta düzeydedir.

Geçiş fazında servikal açıklık 8 cm'den 10 cm'ye kadar ulaşır ve fetus pelvis içine iner (Kızılırmak, 2011).

Geçiş kısa fakat ağrının yoğun olduğu bir fazdır. Primiplarlarda ortalama 3-6 saat, multiparlarda ise bir saat civarında seyredir (Kızılırmak, 2011). Bu dönemde annenin kaygısı artar, yalnız kalmaktan korkar (Üst, 2012).

2.2.4.2. İkinci Evre (Atılma-Ekspulsiyon Evresi)

Bu evre servikal silinme ve dilatasyonun tam olmasıyla başlar ve bebeğin doğumu ile sonlanır. Primiplarlarda 8-9 saat, multiparlarda ise yaklaşık 5-6 saat sürebilmektedir (Özer, 2011). Bu evrede fetus aşağı iyice inmiştir. Fetus aşağıya doğru indikçe rektum ve pelvik tabana olan baskı artar, baskıyla birlikte annenin ıkınma hissi kendiliğinden ortaya çıkar. Diyafragma ve karın kaslarının kontraksiyonları uterus kontraksiyonlarına eklenerek itici güç daha da artar ve her yeni ağrı ile ıkıntılar güçlenir. Ağrılar 1,5-2 dakikada bir gelmeye başlar ve 60-90 saniye sürer. Bu güçlü ve ıkıntılı ağrılarla baş iç rotasyonunu tamamlayarak ilerler. İtici güçlerin artması ile baş fleksiyondan defleksiyona geçer. Perine üzerinden sıyrılarak vulvada görülmeye başlar. Vulva başın etrafını taç gibi sarar (taçlanma dönemi). Son bir ağrı ile baş perineden sıyrılarak doğar. Kadın genellikle bu evrede kontrol etme duygusunu tekrar kazanır. Bebeğin doğumuyla birlikte ikinci evre sonlandığında muazzam bir rahatlama ve heyecan hisseder (Taşkın, 2003; Yücel 2010).

Bu dönemde gebe iyice yorulduğunu, gücünün tükendiğini ve kontrolünü kaybettiğini hisseder bu yüzden desteğe en çok ihtiyaç duyulan dönemdir (Üst, 2012).

2.2.4.3. Üçüncü Evre (Plasental Evre)

Bebeğin doğumundan sonra başlayıp plasentanın ayrılması ve atılması ile sona eren evresidir. Bu dönem yaklaşık yarım saat sürer. Plasentanın ayrılma kanama miktarı 150-250 ml dolayındadır(Özer, 2011).

Bebeğin doğumundan birkaç dakika sonra plasentayı uterustan ayıracak kontraksiyonlar ortaya çıkar. Uterus kontraksiyonlarına uyum sağlayamayan plasenta yapıştığı yerden ayrılmaya başlar. Ayrılma merkezden veya kenarlardan başlar. Merkezden ayrılmada plasenta schultz (fetüs yüzü ile) doğar. Ayrılma plasenta kenarlarından başlarsa duncan (anne yüzü ile) doğar (Yücel, 2010). Anne bu dönemde; titreme, orta şiddette uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, perine de ağrı gibi sıkıntılar yaşayabilir (Üst, 2012).

2.2.4.4. Dördüncü Evre (Kanama Kontrol Evresi)

Lohusalığın ilk saatlerinde fizyolojik denge yeniden kurulmaya çalışır. Plasentanın doğmasından annenin durumu stabil oluncaya kadarki 1-2 saatlik zaman aralığıdır. Nadiren bu süre 4 saate kadar çıkabilir. Bu dönem, postpartum kanama, idrar retansiyonu, hipotansiyon ve anestezinin yan etkilerinin arttığı potansiyel bir kriz dönemidir. Hayati bulguların ve uterus kontraksiyonlarının dikkatli takibi gerekir (Özer, 2011).

Bebeğin doğumundan sonraki saatler anne bebek ilişkisinin başlaması, emzirmenin başlaması yönünden oldukça önemlidir (Dinç, 2018a).

2.3. Sezaryen Doğum

Fetus, plasenta ve eklerinin abdominal bir kesi ile uterustan çıkarılması olarak gerçekleşen doğum, sezaryen doğum olarak adlandırılmaktadır (Gül, 2008). Bu doğum yöntemi ile kadınların hayatının kurtarılması amaçlanmaktadır. İlerleyen süreçte ise, fetusun yaşamını kurtarabilmek adına gerçekleştirilen risk oranı düşük operasyonlara dönüşmüştür. Sezaryen doğumun daha sık olarak tercih edilmesinin temel nedenleri olarak annenin, bebeğin ve doktorun işini kolaylaştırdığının düşünülmesidir (Gözükara ve Eroğlu, 2011).

Sezaryen doğumun tarihine bakıldığında, ilk operasyonun M.Ö.2000 senesinde Sümerliler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Söz konusu operasyonların gelişimi oldukça yavaş bir şekilde gerçekleşmiş, anestezi, hemostaz, uterus insizyonu ve aseptik teknik ile 1700'lerin ikinci yarısı ve 1800'lerde gelişimler ortaya çıkmıştır. Bu operasyonlar ilk olarak yalnızca kadavrular üzerinde uygulanmıştır.

Canlı ve başarı ile tamamlanan ilk operasyon ise 1610 senesinde Wittenberg’de Trautmann ve Seest tarafından gerçekleştirilmiştir. Modern döneme ait ilk operasyon kaydı ise 1881 senesinde gerçekleşmiştir. Bu operasyonda Alman jinekolog Ferdinand Adolf Kehrer yer almıştır (Todman, 2007). Türkiye’de ise başarılı ilk operasyon sarayda cerrah olarak görev yapmakta olan Cemil Topuzlu tarafından 1900’lü senelerde Nişantaşı’nda bulunan bir konakta gerçekleştirilmiştir (Şevket,2005)

İlk zamanlar doğum esnasında yaşamını yitirmek üzere olan anne adayından fetüsün alınabilmesi için kullanılan sezaryen doğum yöntemi, sonrasında ise antibiyotiklerin geliştirilmesi, kan transfüzyonlarının güvenli bir şekilde gerçekleştirilmeye başlanması ve birtakım cerrahi ilerlemeler neticesinde çok daha sık tercih edilmeye başlanmıştır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Birtakım istisnalar dışında maternal ve fetal sağlığının olumsuz etkilenmesi nedeni ile bu operasyonlardan mümkün mertebe kaçınılması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Dünya genelinde sezaryen yönteminin tercih edilme oranlarına bakıldığında hızlı bir artışın gerçekleştiği görülmektedir. ABD’de 1970’li senelerde %5 olan oran, 1980’li yıllarda %20’lere, 2000’li yıllara gelindiğinde ise %33’lere kadar ulaşmıştır (WHO, 2017). Avrupa’da da ABD’ye benzer artışların ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin, 1970’lerde Norveç’te %2 olan oran, 1980’lerde %10 barajını aşmış, 2017 senesinde ise %17’lere ulaşmıştır. Avustralya’da da 2017 senesinde sezaryen doğum oranı %32 olarak belirlenmiştir. İtalya’da 2011 yılında sezaryen oranı %38’dir (WHO, 2017). Sezaryen oranlarının düşük olduğu ülkelerin ortak özellikleri ise gebelik öncesi bakım hizmetlerinin gelişmiş olmasıdır. Bu ülkelere örnek olarak Hollanda verilebilir. Bu durumun ortaya çıkmasındaki temel neden ise; kadınlara prekonsepsiyonel dönemden başlayarak postnatal döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım ve danışmanlık hizmeti verilmesidir. Oranlara bakıldığında ise sezaryen doğum oranı Hollanda’da 2017 senesinde %17 olarak belirlenmiştir (WHO, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü’nün açıkladığı 2017 verilerine göre sezaryen oranları; 'Avrupa’da %24, Amerika’da %33, üst orta gelirli ülkelerde %32, yüksek gelirli ülkelerde %28 iken, az gelirli ülkelerde %6, Afrika’da %4 ve düşük orta gelirli ülkelerde %9’dur. Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri üzerinden gerçekleştirilen değerlendirmeler neticesinde ise, eğitim kalitesi ve refah seviyesi en yüksek olan

ülkelerde %60'ın üzerine çıkan oranlar tespit edilmektedir. Bu oranlar, gelişmemiş ülkelerden 3 kat daha fazla sezaryen doğum yöntemlerinin tercih edildiğini göstermektedir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Ülkemizde sezaryen oranları ile ilgili TNSA'nın (2013) açıklamış olduğu veriler incelendiğinde;2003 yılında tüm doğumlar arasındaki sezaryen oranı %21,4 iken, 2008'de %37, 2010'da %45 ve 2013'de %48'e yükselmiştir.

2.3.1. Sezaryen Doğumun Endikasyonları

Sezaryen doğum uygulaması birçok nedene bağlıdır. Bu nedenler 4 sınıfta incelenebilir: anneye ilgili nedenler, fetus ve ekleriyle ilgili nedenler, sosyal nedenler ve diğerleri nedenlerdir (Gül, 2008; Özer, 2011; Karakaplan, 2007; Günel, 2009).

2.3.1.1. Anneye Ait Endikasyonlar (Gül,2008 ; Günel,2009)

- İleri yaş gebeliklerin olması
- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar ya da sezaryen doğum
- Baş-pelvis uyumsuzluğu
- Dinamik distosi (serviksin 1cm/saatlik hızla açılmaması)
- Yumuşak doku yolu ile ilgili sebepler (daha önce geçirilmiş operasyonlar ve enfeksiyonlar)
- Annenin sistemik hastalıkları (diyabet, ciddi maternal kalp hastalığı)

2.3.1.2. Fetüse Ait Endikasyonlar (Özer,2011; Karakaplan,2007)

- Prezentasyon, anomalileri
- Fetal distres (kord prolapsusu ya da prezentasyonu)
- Miat aşımı
- Fetal anomaliler (hidrosefali, anensefali, yapışık ikiz)
- Rh uygunsuzluğu
- Çoğul gebelikler
- Makrozomik bebekler (4000 gr'dan büyük)

2.3.1.3. Sosyal Endikasyonlar (Özer,2011)

- Annenin isteği
- Vajinal doğum korkusu

2.3.1.4. Diğer Endikasyonlar

- Annenin ölmesi

2.3.2. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları

Karın duvarında görülen enfeksiyonlar, anormal ya da ölü fetus, uygun şartların bulunmayışı da diğer kontrendikasyonları oluşturur (Gül,2008).

2.3.3. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları

Alternatif bir doğum yöntemi olarak anne ve bebeğin yaşamını kurtarma şansını ortaya çıkarmasında dolaylı oldukça önemli bir gelişme olarak değerlendirilebilecek sezaryen doğum, diğer major cerrahi müdahaleler de olduğu gibi anesteziye ve cerrahi işlemlere bağlı birtakım riskleri doğurabildiği gibi, doğumun gerçekleşmesinden sonra birtakım fiziksel ve psikososyal problemlerle birlikte, komplikasyonlara neden olmaktadır (The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2010).

Sezaryen doğuma bağlı maternal mortalite vajinal doğumdan 26 kat fazladır. Sezaryen doğumda, cerrahi komplikasyonlar, enfeksiyon, kanama, postoperatif respiratuar komplikasyonların görülme sıklığı daha fazladır. Hastanede kalış süresi daha uzun ve daha maliyetlidir (Gül, 2008; Karakaplan, 2007).

2.3.4. Sezaryen Doğumun Artış Nedenleri

Sezaryen doğumlarda artışın birçok sebebi vardır. Bunlar; paritenin azalması, ileri yaş gebeliklerin artması, fetal elektronik monitörizasyonun kullanımında artış, prezentasyon bozuklukları, mlapraktis davalarındaki artış, sosyoekonomik durum, özel hastanelerin sezaryen doğumu daha çok tercih etmesi, eski sezaryen vakalarının

yine sezaryenle doğurtulmasının gerekliliği anlayışı, çoğul gebelikler, enstrümantal doğum uygulamalarındaki komplikasyonlarda artış nedeniyle bu yöntemlerin daha az kullanılması, gebelerin vajinal doğum hakkında yeterli bilgilendirilmemesi, doğum ağrısı ve doğum korkusu, sezaryen doğumun anne ve bebek için daha konforlu olduğu inancı şeklinde sıralanabilir(Gül, 2008; Özer, 2011; Karakaplan, 2007).

2.4. Doğum Şekli Tercih Üzerine Çalışmalar

2.4.1. Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler ve Nedenleri

Doğum yönteminin kadın tarafından belirlenmesi durumunda, hangi yöntemin doğru olacağına dair doğru bir karar çoğu zaman verilememektedir. Bu süreçte kadınlarında tercihleri üzerinde etki yaratan bir takım faktörler bulunabilmektedir. Bu nedenle doğru kararların verilebilmesi adına kadınlara bir takım eğitimlerin verilmesi ve çeşitli bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Özellikle gebeliğin son dönemine girildiğinde, kadınların doğum yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması oldukça önemlidir (Todman, 2007).

DSÖ'nün sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir (Konakçı ve Kılıç 2004; WHO 2001). Maalesef sezaryen oranının dünya genelindeki artışına paralel olarak ülkemizdeki oran bu hedefin üzerindedir. Türkiye'de, 2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre sezaryen oranı %36,7'dir (TNSA 2008). Bu artışın sebepleri arasında; kadınların ileri yaşta evlenmeleri, gebeliği ertelemeleri ve az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, bazı infertilite sorunları, "riskli gebelik" ve "kıymetli bebek" kavramının ortaya atılması yer almaktadır.(Karabulutlu,2012)

Türkiye'de ise, dini açıdan normal doğumun önerilmesi ve sezaryen doğum sonrasında çok fazla doğum yapılamayacağına bilinmesi nedeni ile, zorunlu durumlar ortaya çıksa bile, özellikle aileler tarafından kadınlar normal doğuma yönlendirilmektedir (Önderoğlu vd., 2005). Kadınların normal doğumu tercih etmelerindeki temel faktör ise %54,3 ile güvenli ve sağlıklı olduğunun düşünülmesidir.Öte yandan ekonomik nedenler, kültürel değerler, eşler tarafından kadınların normal doğum konusunda desteklenmesi, doğum olayının temelinde doğal

olma unsurun yer alması, en ideal yöntemin normal doğum olduğunun düşünülmesi, anne olmanın yarattığı içgüdüler, normal doğum tecrübesinin edinilmek istenmesi, bebekle güçlü bir bağın kurulmak istenmesi, doğum sonrasında zaman kaybetmeden bebeği emzirmek istenmesi, toparlanma sürecinin daha hızlı gerçekleşmesi, komplikasyon riskinin daha düşük olması, hızlı bir şekilde taburcu olma isteği, anestezi alma korkusu, doktor görüşü, ve premature doğum insidansının normal doğumlarda daha düşük olması normal doğumun tercih edilmesinde etkili olmaktadır (Karabulutlu, 2012; Yanikkerem vd., 2010).

Anne adayının daha önce geçirmiş olduğu komplikasyonlar, çeşitli sağlık sorunları, psikolojik etmenler ve obstetrik durumların ortaya çıkması sezaryen doğumların tercih edilmesindeki nedenler olarak öne çıkmaktadır (Nilsson vd.,2012). Bunlara ek olarak bebeğe doğum travması yaşatmaması ve vajinal doğuma bağlı olarak pelvik taban sorunları ile üriner inkontinans gibi sorunların sezaryen doğum yöntemi ile yaşanmayacağı düşüncesi de etkili olmaktadır (Şahin vd., 2007). Daha önce tercih edilmiş olumsuz tecrübeler nedeni ile ortaya çıkan normal doğum korkuları da, sezaryen doğuma yönelimin psikolojik nedenleri arasında görülmektedir. Anne adayının yaşının ilerlemiş olmasından kaynaklanan riskler ve medikal teknolojilerden yaşanan gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan konfor artışları da bu yönelimde etkili olan diğer faktörlerdir (Yanikkerem vd.,2010, Nilsson vd,2012).

Tablo 1. Ülkemizde Doğum Tercihlerine İlişkin Yapılan Çalışmalar

Yazar	Yıl	Çalışmanın Yapıldığı İl	N	Çalışmanın türü	Yöntem	Şimdiki doğum tercihleri	Son Yapılan Doğum Şekli	İlişkili faktörler
Dinç A.	2018	Çanakkale	450	Makale	Tanımlayıcı - Kesitsel	ND:% 73,6 SD:% 26,4	ND:% 46,7 SD:% 53,3	Bebek için daha güvenli, anne için konforlu, doğum ağrısından korkma C/S doğum için ilişkili daha sağlıklı olduğunu düşünme, doğum sonu iyileşmenin çabuk olması vajinal doğum açısından ilişkili
Bülbül T. ve ark.	2016	Kayseri	85	Makale	Tanımlayıcı	ND:% 74,1 SD:% 15,3 KRZ:% 10,6	--	Doğum korkusu
Yakut E.Y.	2015	Gaziantep	105	Y lisans tezi	Tanımlayıcı -Kesitsel	ND:% 56 SD:% 44	ND::62,22 SD:37,28	Yaş (20-24 yaş tercih etmiş), önceki doğum şekli (normal doğum), doğumu yaptırmayı düşündüğü kişi (ebe tercihi) normal doğum açısından tercih ilişkili
Çapık A. ve ark	2015	Erzurum	127	Makale	Tanımlayıcı	ND:% 61 SD:% 39	ND:% 50,4 SD:% 49,6	Yaş, eğitim durumu ve önceki doğum şekli
Ergöl Ş.	2014	Zonguldak	72	Makale	Tanımlayıcı -Kesitsel	ND:% 45,8 SD:% 54,2	ND:% 20,8 SD:% 79,2	Eğitim durumu, ekonomik durum, gebelikle ilişkili sorun yaşama durumu, çalışma ve doğum korkusu

Özkan S. ve ark.	2013	Ankara	1159	Makale	Tanımlayıcı	ND:%55,6 SD:%44,4	ND:%56,8 SD:%43,2	Yaşanılan yer, son yapılan doğumun şekli, gebelikte problem yaşama ve doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumu
Vatansever Z. ve ark.	2013	İzmir	600	Makale	Tanımlayıcı	ND:%77,3 SD:%13,8 KRZ:%8,8	ND:%67,2 SD:%13,7 KRZ:%19	Gebelerin yaşları, eğitim durumları, çalışma durumu, izlenilen sağlık kuruluşu, doğum şekli tercihlerinin sorulma durumları
Karabulutlu Ö.	2012	Erzurum	500	Makale	Tanımlayıcı	ND:%78,8 SD:%21,2	VD:%89,2 SD:%10,2	Yaş, eğitim durumu, kadınların evlenme yaşı, doğum tercihleri hakkında bilgi alma durumları
Duman Z.	2006	Afyon	250	Y.lisans tezi	Tanımlayıcı	ND:%42 SD:%58	ND:%46,9 SD:%53,1	Yaş ve mesleki durum
Yaşar Ö.	2006	Afyon	314	Y.lisans tezi	Kesitsel	ND:%59,6 SD:%40,4	ND:%77,4 SD:%22,6	Eğitim durumu ve ekonomik durum, gebelik öyküsü ve doktor önerisi

*ND; normal doğum, SD: sezaryen doğum

2.4.2. Doğum Şekli Tercihinde Hemşire ile Ebenin Rolü

Gebelik hali doğal bir süreç olmasına karşılık, kadınların sıklıkla edindikleri bir tecrübe değildir. Aynı zamanda gebelik ve sonrasında doğumun gerçekleşmesi yalnızca anneyi etkilememektedir. Aileye yeni bir üyenin katılması baba, kardeşler, büyükanne ve büyükbabalar üzerinde de bir takım etkiler yaratmaktadır. Bu doğrultuda sağlık personellerinin bu değişimi tüm aile fertlerini göz önünde bulundurarak bütünsel bir bakış açısı ile değerlendirmesi gerekmektedir.

Gebelik sürecinde, doğumun gerçekleştiği anda ve doğum sonrasında birtakım sağlık ve bakım hizmetlerine gereksinim duyulmaktadır. Söz konusu gereksinimlerin belirlenebilmesi için bireylerin yakından takip edilmesi gerekir. Bu gereksinimlerin belirlenmesi sürecinde gebe kadınların sürekli yanlarında bulunmaları nedeni hemşire ve ebeler önemli roller oynamaktadır. Hemşire ve ebeler, süreç içerisinde karşılaştıkları sorunlara çözüm üretebilmek adına kendi disiplinlerinden ya da farklı disiplinlerden destek almaktadır. Bu doğrultuda sorunların çözülmesi aşamasında hemşire ve ebeler, disiplinler arası koordinasyonu sağlamaktadır (Coşkun, Ekizler ve İnanç, 2000).

Gebelik sürecinin 20. haftasında başlayan ve doğumdan sonraki bir haftalık süreci kapsayan dönem, Perinatal dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde yürütülen bakım hizmetlerinde ortaya çıkan amaçlar; anne-bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi, gebelik öncesinde var olan ya da gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde ebe ya da hemşirelerin anne adayının ve yakınlarının sürece uyum gösterebilmesi için bakım ve eğitim hizmetlerinde rehberlik yapması oldukça önemlidir (Bektaş, 2008; Gözükara, 2006).

Gebenin kendisi ve ailesinin, doğum şekline karar verme sürecinde en etkili olan sağlık personelleri hemşire/ebelerdir. Hemşire/ebeler, kadın gebe kalmayı düşündüğü andan itibaren özellikle perinatal dönemde gebeyi ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar vermelerine destek olmaktadır. Kadınların doğum şekilleri konusunda ne tür bilgilere sahip oldukları, eksik ve yanlış olan bilgilerini belirleyip bu konular üzerinde eğitim planları

oluşturmalıdırlar. Doğum şekilleri iyi ve kötü yönleri ile kadınlara anlatılmalı, kadının uygun yöntemi seçmesine yardım edilmelidir. Gebenin kontrolü dışında riskli bir durum varsa bu konularda kadın bilgilendirilmeli, neden - sonuçları uygun bir dil ile ifade edilmelidir. Kadının doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabileceği, duygularını rahatça ifade edebileceği ortamlar oluşturulmalıdır. Doğum eylemi sırasında kadının yanında bulunulmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, doğum eylemiyle baş etmedeki başarısı ile ilgili kadın motive edilerek cesaretlendirilmeli, eyleme aktif katılımını sağlayarak kendine olan güvenini arttırmalı, uygulanacak her işlem hakkında bilgi verilmelidir (Taşkın, 2003; Bektaş, 2008; Gözükar, 2006).

Anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından ülke genelindeki tüm sağlık kuruluşlarında doğum ve sonuçlarının izlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Söz konusu amaçlar adına sezaryen endikasyonları ve neticelerinin de yakından takip edilmesi gerekmektedir. Bu amaçların etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için ise; doktor tarafından önerilen tıbbi gerekçelere ve endikasyonlara uyum gösterilmesi, hastalara ait dosyalara yapılan kayıtların belirli bir forma sahip olması ve uygulama noktasında birliğin sağlanması, kayıtların ayrıntılı ve doğru yapılması, istatistik çalışmalarının yapılması ve etik değerlere uygun hareket edilmesi gerekmektedir.

Ülke genelinde normal doğum yöntemlerinin daha sık tercih edilmesi, toplumsal açıdan kadın sağlığına, ekonomik açıdan ise ülke genelinde maliyetlerin düşürülmesine oldukça pozitif katkılar yapmaktadır. Kadınların doğum süreçleri adına; ideal yöntemi tercih etmesi, prekonsepsiyonel dönemden başlayarak doğum sonrası döneme kadar etkin bir sağlık desteği alması, alternatif doğum yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması, doğum sürecinde yaşanan ağrılarla ve kasılmalarla baş edebilme konusunda destek alması sağlıklı bir doğum süreci için önem arz etmektedir. Bu doğrultuda doğum sürecinde aktif bir biçimde rol alacak sağlık çalışanlarının kadını ve aile fertlerini bilgilendirmesi ve etkin danışmanlık hizmetleri yürütmesi gerekmektedir(Taşkın,2003)

Modern tedavi döneminin en önemli unsurlarından biri, hastaların hangi tedavi yöntemini seçeceğine karar verme ve tedavi sürecinde etkin katılım gerçekleştirme hakkıdır. Hastalar tarafından söz konusu haklarının etkin bir şekilde kullanılması

noktasında sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir. Alternatif doğum yöntemlerinin ve genel doğum sürecinin aktif bir şekilde aile ile tartışılması, bilgi aktarılması ve görüş bildirilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları ve ailenin doğum sürecinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi adına uyum içerisinde hareket etmesi oldukça önemlidir. Ailelerin bilinçlendirilmesi ve sonrasında süreç içerisinde alınacak kararlara katılım göstermesi gerekmektedir. Söz konusu bilinçlendirmenin sağlanması neticesinde kadın, doğuma daha sağlıklı bir şekilde hazırlanmaktadır. Uyumun sağlanması, etkin bilgilendirme süreçlerinin yaşanması ve kadının doğuma hazırlanması basamaklarında en önemli sorumluluk ise ail eve kadınla çok daha fazla iletişimde olması nedeni ebelere aittir(Gözükara,2006).

Bu doğrultuda ebeler ve hemşireler tarafından sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için, içlerinde yeni doğanında yer aldığı aileyi bütünsel bir bakış açısı ile kabul etmesi gerekmektedir. Perinatal bakım süreci olarak karşımıza çıkan bu dönemde ortaya çıkan birçok gereksinim bulunmaktadır (Gözükara, 2006; Bektaş, 2008).

Bunlar:

- Sağlıklı bir aile ferdi olmaya dönük hazırlıkların yapılması,
- Gebe kalma ya da gebelikten sakınma,
- Gebelik sürecine ve doğum anına hem fizyolojik hem psikolojik hazırlıkların yapılması,
- Gebelik sürecinin doğru takip edilmesi,
- Prenatal tanı metotlarına destek verilmesi,
- Gebelik süreçlerinde karşılaşın sağlık problemleri,
- Doğum anında ihtiyaç duyulan destek bu dönemde ortaya çıkan sağlık sorunları,
- Bebeğin bakımına yönelik bilgilendirme çalışmaları,
- Bebeklerin karşılaştıkları sağlık sorunları,
- Doğum sonrası bakım ve karşılaşılan sağlık sorunları,
- Aile fertlerinin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere uyumunun sağlanmasıdır (Bektaş, 2008; Gözükara, 2006).

Kadın ve aile üyelerinin yapacağı doğum yöntemi tercihlerinde sağlık personellerinin oldukça önemli bir etkisi olmaktadır. Söz konusu etkileme gücü ise

genellikle hemşirelerin ve ebelerin elindedir. Gebelik öncesi ve gebelik dönemi içerisinde danışmanlık yapmakta olan hemşireler ve ebeler aktardıkları bilgilerle ailelerin karar alma süreçlerine katkı sağlamaktadır.

Gebelik süreci içerisinde gebe kadının hemşireler ve ebeler tarafından dikkatlice izlenmesi ve durumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu süreç içerisinde yürütülecek eğitim programlarının hazırlanmasında, ailelerin ya da kadınların mevcut bilgilerinin, yanlış bildiklerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ailelere, doğum yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yanlarının doğru bir şekilde aktarılması gerekmektedir. Olası risk faktörleri nedeni ile ailelerin tercihlerinin dışında bir yöntemin kullanılacak olması durumunda konu ile ilgili olarak ailelerin ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Gebelik süreci içerisinde gebenin korkularını, endişelerini, merakını, duygularını rahatlıkla aktarabileceği bir ortamın sağlanması gerekmektedir (Bektaş,2008)

Sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci açısından hemşirelerin ve gebelerin yeterlilik düzeyleri oldukça önemlidir. Yeterliliklerin geliştirilebilir olması nedeni ile sağlık çalışanlarının mutlaka gelişimine yönelik girişimler içerisinde bulunması gerekmektedir.

Gebelik süreci sonrasında dair ortaya çıkan temel amaç, doğumun kadın için olumlu bir tecrübe olarak sonuçlanmasının sağlanmasıdır. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde sonlandırılması için ise, sağlık personelleri ile aile arasında olumlu bir ilişkinin geliştirilmesi ve sağlık personelleri tarafından gebelere pozitif yaklaşımların sergilenmesi gerekmektedir (Dinç, 2018)

Doğum başlaması ile birlikte sağlık çalışanlarının mutlaka anne adayının yanında bulunması, gereksinim duydukları bakımı sunması, bu zorlu süreçte anne adayının motive edilmesi ve doğum sürecine destek vermesi sağlanmalıdır. Bu sürecin olumlu sonuçlanması neticesinde kadınların özgüvenlerinde de bir artış meydana gelmektedir (Güzel, 2014).

Doğum anına gelindiğinde ebelerin ve hemşirelerin en önemli görevlerinden biri ise, gebenin doğum korkusunu atlatmasına yardımcı olmaktır. Primigravidalarda bilinmezlik multigravidalarda eski doğum deneyimi veya yeni bir doğumun getirdiği kaygılar nedeni ile oldukça fazla etkilenmekte ve hangi doğum metodunun tercih edileceği noktasında ikilimde kalmaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerin ve ebelerin

doğum anında karşılaşılması muhtemel her durum hakkında bilgilendirme yapması, anne adayları tarafından yöneltilen sorulara yanıt vermesi, doğum ile ilgili görüşlerinin dinlenmesi, yanlış bildiklerinin düzeltilmesi ve netice itibarı ile kaygılarına son verilmesi gerekmektedir (Gül,2008)

Süreç içerisinde atılacak her adımla ilgili olarak gebelere bilgi aktarımlarının gerçekleştirilmesi, olumsuzlukların tespit edilmesi sonrasında hızlı bir şekilde ortadan kaldırılması ve anne-bebek sağlığını tehlikeye sokacak tüm faktörlerin kontrol altında tutulması gerekmektedir (Güzel, 2014).

2.5. Sağlık İnanç Modeli ve Bileşenleri

2.5.1. Sağlık Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli

Birçok uzman tarafından, bireylerin ortaya koydukları davranışlar ve bu davranışların sağlık durumları üzerindeki etkisinin tespit edilmesinden sonra, davranışların arkasında yatan nedenlerin anlaşılması, sağlık durumlarının korunması ve iyileştirilmesinin sağlanması amacı ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmaların birçoğunun içeriğinde sergilenen tutumlar, davranışlar ve inanç sistemleri arasındaki etkileşim anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda etkileşimlere yönelik değerlendirmelerin yapılabilmesi adına bilişsel-davranışsal modellerin kullanılabilmesi öngörülmektedir. “Sağlık İnanç Modeli” ise söz konusu yaklaşımlar içerisinde en çok ilgi çeken yaklaşım olma özelliğini taşımaktadır (Korkmaz, 2010).

Sağlık İnanç Modeli, davranışların medikal sonuçlarının değerlendirmesinde, semptomların nasıl belirdiğinin ortaya çıktığının anlaşılmasında tercih edilen en eski modeldir (Rohleder, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014: 230-237). 1950 senesinde Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilen modelin odak noktasında bireylerin sağlık konusunda sergiledikleri tutumların arkasında yatan faktörler yer almaktadır. Zaman içerisinde inanç sistemleri ve tutumları üzerinde etkili olan faktörler modelin kapsamına alınmıştır. Bu faktörlere ek olarak, bireylerin sağlık sorunları karşısında sergiledikleri eylemlerin ve eylemsizliklerin nedeni olan motivasyonların neler olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır (Korkmaz, 2010; Nahcivan ve Seçginli, 2003). Modelin öne sürmüştüğü ana fikir ise, eylemleri etkileyen temel

unsurların; inançlar, tutumlar ve değerler olduğudur. Bireylerin sağlık konusunda olumlu tutumlar sergilemesi için, olumsuz olarak değerlendirilebilecek değerlerin, inanışların belirlenmesi ve sağlık eğitim programlarının bu doğrultuda hazırlanması gerekmektedir (Gözüm ve Çapık, 2014: 230-237).

Sağlık İnanç Modeli ile;

- Hastalıklardan uzak durmak adına bireylerin sergilemiş oldukları tutumların arkasında yatan temel faktörler tespit edilmektedir.
- Bireyler tarafından sergilenen eylemler ile inanç sistemleri arasındaki etkileşim anlaşılmaktadır.
- Karar alma süreçlerinde etkili olan motivasyonlar belirlenmektedir.
- Eylemlerin ve eylemsizliklerin nedeni olan motivasyonlar açıklanmaktadır.
- Eylemleri ortaya çıkaran faktörler tanımlanmaktadır (Güney, 2009).

2.5.2. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri

Bu modelde, bireylerin sağlık konusunda sergiledikleri eylemlerin inançlardan, tutumlardan ve değerlerden etkilendiği öne sürülmektedir. Sorun yaratan tüm unsurların belirlenmesi neticesinde yürütülen sağlık programları ve tedavi yöntemleri çok daha etkili sonuçlar vermektedir (Gözüm ve Çapık, 2014).

Koruyucu davranışları tetikleyen motivasyon unsurların belirlenmesi, detaylı sağlık kontrollerinin ve hastalıkların kontrol altında tutulması adına ortaya çıkan davranışların arkasında yatan nedenlerin anlaşılması noktasında da Sağlık İnanç Modeli kullanılabilir (Champion ve Skinner, 2008; Gözüm ve Çapık, 2014).

Sağlık İnanç Modeli'nde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram (duyarlılık-ciddiyet-yarar-engel algısı) tanımlanmıştır. Becker ve Rosenstock 1988 yılında modele sağlık motivasyonu ve öz etkililik (güven) kavramını eklemişlerdir (Korkmaz, 2010;Gözüm vd., 2004; Champion ve Skinner, 2008).

Sağlık İnanç Modeli'nin bileşenleri aşağıda açıklanmıştır.

2.5.2.1. Bireysel Özellikler

Bilişsel ve algısal faktörler üzerinden yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi özellikler, sağlığın korunması ve iyileştirilmesine yönelik davranışları dolaylı olarak etki altında bırakmaktadır. Yapılan çalışmalar yaş, eğitim ve gelir durumu arttıkça, davranışların ortaya çıkma ihtimalinin arttığını göstermektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

2.5.2.2. Algılar

2.5.2.2.1. Algılanan Duyarlılık

Kişinin sağlığını tehdit eden duruma karşı yatkın olduğunu düşünmesi ya da savunmasız olduğuna inanmasıdır. Kişi, sağlık durumunda var olabilecek bir tehlikeyi algılar bu tehdide karşı bir eylem planı oluşturmaya çalışır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için çaba gösterme olasılığı da artmaktadır. Örneğin, bir önceki doğumdaki olumsuz bir deneyim geçiren kadının, sonraki doğumlarda doğum şekli tercihini olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir (Pang ve ark, 2008).

2.5.2.2.2. Algılanan Ciddiyet

Sağlık üzerinde olumsuz etki yaratma riskinin yarattığı endişeler, algılanan ciddiyet olarak ifade edilmektedir. Bireyler genellikle sağlık sorunlarına ciddiyetle yaklaşma eğilimi içerisindedir. Ciddiyetin ortaya çıkmasındaki temel nedenler genellikle bireylerin sağlık bilgileri ve sağlık sorunları ile ilgili tecrübeleri olsa da, hastalıktan kaynaklanacak tüm sorunlara dair oluşan inanışlar da etkili olmaktadır. Örneğin, belirli bir doğum şekli ile ilişkili çok ciddi veya kaçınılmaz komplikasyonlar olduğuna inanılırsa, kadınların risklerini azaltmak için alternatif bir doğum şekli tercihini ifade etme olasılıkları daha yüksektir. Hem vajinal doğum hem de sezaryenle doğum için en ciddi komplikasyonlar maternal ve neonatal mortalitedir. Yapılan çalışmalarda sezaryenle doğumun annenin sağlığı üzerinde anestezi, adezyon oluşumu ve uterus rüptürü gibi birçok olumsuz sonucu olabileceği belirtilmiştir. Maternal anesteziye bağlı olarak yeni doğanda solunum depresyonu gelişmesi de sezaryen doğumla ilgili bir risk olarak tanımlanmaktadır (Loke ve ark, 2015).

Ancak vajinal doğum da risksiz değildir. Uzun süren güç doğum eylemi, postpartum kanama, perineal travma, uterus rüptürü, genital organ prolapsusu gelişebilir. Vajinal doğum sırasında yeni doğana HIV, HPV infeksiyonu Hepatit C geçebilir (Boer ve ark, 2010). Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

2.5.2.2.3. Algılanan Yarar

Sergilenen eylemler sonrasında, hastalığa yakalanma ihtimalinin düşeceğinin düşünülmesi algılanan yarar kavramı üzerinden açıklanmaktadır. Algılanan yararın yüksek olması durumunda bireyler, koruyucu sağlık davranışlarına daha yoğun bir şekilde yönelmektedir. Buradaki eylemleri neticesinde daha çok yarar elde edecekleri düşüncesi etkili olmaktadır.

Bu kavram aynı zamanda bireylerin sağlık davranışlarını hayata geçirmeye ne kadar açık olduğunu ifade etmektedir. Anne ve bebek açısından avantajları, sosyo-kültürel inançlar, annenin doğumdan beklentileri doğum şekline karar vermede önemli belirleyicilerdir. Vajinal doğum yapan kadının algıladığı faydalar göz önüne alındığında; örneğin Singapur'daki (%91,5), Türkiye'deki (%89), Çin'deki (%98) kadınların çoğu vajinal doğumun daha hızlı iyileşme, daha erken taburcu olma ve insizyon izi olmamasını avantaj olarak bildirmişlerdir (Chong & Mongelli 2003; Loke, 2015; Şerçekuş, 2015). Bunun yanında sezaryenle doğumun algılanan faydaları açısından; doğum korkusu, tekrarlayan vajinal muayenelerden kurtulma, fetal distres durumunda, genital görünümün korunması, seksüel disfonksiyonun azaltılması gibi avantajlar göz önünde bulundurulabiliyor (Büyükbayrak ve ark, 2010; Dursun ve ark, 2011).

2.5.2.2.4. Algılanan Engeller

Kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Bunlar kimi zaman bireylerin tavsiye edilmekte olan davranışları sergilemesine neden olan faktörler olmakta iken, kimi zaman ise sergiledikleri olumsuz davranışlar engelleyici bir özelliğe sahip olmaktadır. Bu algıların odak noktasında, koruyucu sağlık davranışlarını engellediği düşünülen faktörler bulunmaktadır. Olumlu davranışların gerçekleştirilebilmesi için, bireylerin iç değerlendirmeleri neticesinde fayda ve ciddiyet aldıklarının engelleri ortadan kaldırması gerekmektedir. Koruyucu sağlık

davranışlarının ortaya çıkmasında engel olan temel değişken ise, yarar ve engel algısı arasında ortaya çıkan mesafedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Glanz vd., 2008).Örneğin; vajinal doğumun kontrendike olduğu (ciddi kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus, aktif genital herpes, HIV enfeksiyonu ve çoğul gebelikler gibi) bazı tıbbi durumlarda kadınlar için tercihlerinde engel teşkil etmektedir (Ergöl, 2014).

2.5.2.2.5. Öz Yeterlilik

Öz-yeterlilik, Alber Bandura tarafından geliştirilen Sosyal Bilişsel Kuram'ın önemli bir bileşeni olma özelliğini taşımaktadır. Kavram, gerçekleşmesi beklenen neticelerin elde edilebilmesi adına sergilenmesi gereken davranışlar noktasında, bireylerin inançlarını, kararlılıklarını ve iradesini anlatmaktadır. Söz konusu bileşen, sonradan Sağlık İnanç Modeli kapsamına alınmıştır. Davranışlarda değişikliklerin meydana getirilmesi ve değişen davranışların devamlılığında öz yeterlilik önemli bir yere sahiptir (Glanz vd., 2008; Çenesiz ve Atak, 2007).

2.5.2.2.6. Sağlık Motivasyonu

Eylemin davranışa geçirilme sürecinde istekli olma durumu olarak tanımlanır. Sağlığın sürdürülmesi ya da geliştirilmesinde davranışların oluşturulması için genel niyet ve istek durumunu ifade eder. Bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır (Nar, 2010; Gözüm vd., 2004; Nahcivan ve Seçginli, 2003).

2.5.3 Eylem ve Eyleme Geçiriciler

Sağlık İnanç Modeli'nin geliştirilmesi sürecinde, bireylerin davranışları üzerinde etki yarattığı düşünölen tüm faktör üzerinde tartışılmıştır. Bireyin davranışa ne kadar hazır olduğunun belirlenmesinde, bireyleri davranışa yönlendiren faktörlerin yer aldığı düşünölmektedir. Davranışa sevk eden faktörler, bireylerin eylemleri üzerinde tetikleme mekanizmasını oluşturmaktadır(Aydoğdu ve Bahar, 2011; Glanz vd., 2008; Champion ve Skinner, 2008).Akrabalardan, arkadaşlardan, sağlık çalışanlarından ve aynı zamanda kadınların haklarının bilincinde olan tavsiyeler, doğum yönteminde maternal kararı yönlendiren önemli faktörlerdir. Kadınların doğuma yönelik inanç ve

tutumları, akraba ve arkadaşlarından duydukları doğum öyküleri, ebe ve doktorlarının tavsiyesi kadınların doğum tercihlerini etkilemektedirler (Emmett ve ark, 2006)

Sağlığın korunması aşamasında karşımıza çıkan birincil, ikincil, üçüncül koruma olarak bilinen sağlık davranışlarının hayata geçirilmesinde Sağlık İnanç Modeli etkili olmaktadır. Bu model ile birlikte sağlık çalışanları, eylemlerle bağlantılı ipuçları ve risk aralıklarını sağlayan uygulamalar hakkında karşılaşılan zorluklar ile ilgili hastalara rahatlıkla yol gösterici olabilmektedir. Bu modele göre; eylemlerin ortaya çıkması, sağlık uygulamalarındaki risklerle bağlantılı ortaya konulan ciddiyet, koruyucu sağlık eylemlerinin ortaya çıkmasıyla ilgili meydana gelen fayda, davranışların ortaya çıkmasıyla beliren içerideki ya da dışarıdaki ödülleri ve öz yeterlilik ile doğrudan alakalıdır. Sağlık konusunda ve hastalıklarla ilgili olarak ortaya çıkan göreceli olan algılar, hissedilen ciddiyet ve bu konuda verilen tavsiyelerin faydasına dair meydana gelen algı, hastalıkla ilgili davranışların belirlenmesinde etkili olmaktadır (Çenesiz ve Atak, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırmamızda, metodolojik, kesitsel ve analitik bir çalışma olup, kadınların doğum şekli tercihlerinin belirlenmesinde kullanılan Sağlık İnanç Modeli (SİM) rehberliğinde hazırlanmış “Kadınların Vajinal Doğum Algıları Ölçeği ve Kadınların Sezaryen Doğum Algıları Ölçeği”nin (Loke vd. 2015) Türk toplumuna uyarlanarak, ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve kadınların gebelik dönemlerine dair doğum tercihlerinin ne şekilde etkilendiği ve bu etkiye sebep olan faktörleri belirlemek için yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Polikliniğinde, Mayıs 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum kliniği ve polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri üreme çağındaki kadınlar oluşturmuştur.

Örneklem kapsamına ise;

- 18 yaş ve üzeri üreme çağı döneminde,
- Son 5 yılda en az bir kez doğum yapmış,
- Türkçe bilen,
- Katılmaya istekli kadınlar alınmıştır.

Örneklem hacmini belirlerken TNSA 2013 verilerine göre sezaryen oranı %48 dikkate alınarak evreni bilinmeyen durumlarda kullanılan sıklık formülünden

faýdalanılmıştır. Evrendeki birim sayısının bilinmediği durumlarda uygulamaya konulan formül aşağıdaki gibidir:

$$pqn = \frac{t^2}{d^2}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır.

Bu formüle göre $p=0,48$; $q=0,52$; $t=1,96$; $d=0,055$ (% 95 güven aralığında, \pm % 0,55 örneklem hatası) kabulleri ile örneklem büyüklüğü 317 kadın birey olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamına 324 kadın alınmıştır.

Örneklem sayısı kadar bireye ulaşmak için rastgele örneklem türü kullanılmıştır. Bu tür örneklem çalışmalarında, araştırmacının saptanan örneklemin büyüklüğünü dikkate alarak herhangi bir noktadan çalışılan evrenin bir bölümünü seçmesidir. Örnek vermek gerekirse bir hastaneye giderek saptanacak sayıda rastlantı sonucu hastaları örneklem alma, rastgele örneklemedir (Arlı ve Nazik, 2001). Araştırma tarihleri arasında çalışmamıza katılma koşullarını sağlamış bireylere uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın *bağımlı değişkenleri* kadınların vajinal ve sezaryen doğum algıları ile kadınların doğum şekli tercihleridir.

Araştırmanın *bağımsız değişkenleri* katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, eşin yaşı, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, aile tipi, ailenin aylık geliri), obstetrik özellikleri (gebe kalma sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son yapılan doğumdan itibaren geçen süre, son gebeliğin istenme durumu, son gebeliğin oluşma durumu, gebelikte sorun yaşama durumu, gebelikte etki eden kronik rahatsızlıkların durumu, doğum öncesi düzenli takip olma durumu, doğum öncesi takiplerin yaptırıldığı yer durumu,

gebelik süresinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumu, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu, doğum şekli ile ilgili son kararı veren kimse durumu, son doğumun yapıldığı yer durumu, son yapılan doğum şekli durumu, doğumdan sonra hastanede kalınan süre ve doğumdan sonra bebeği emzirme durumu) olarak açıklanmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında;

- Örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile doğum öncesi ve doğum sonrası eylemlerini kapsayan “Anket Formu” (Ek I),
- Sağlık İnanç Modeli ile kadınların vajinal doğum algısını belirleyen “Kadınların Vajinal Doğum Algıları Ölçeği (SİM-KVDAÖ)” (Ek II).
- Sağlık İnanç Modeli ile kadınların sezaryen doğum algısını belirleyen “Kadınların Sezaryen Doğum Algıları Ölçeği(SİM-KSDAÖ)” (Ek III) kullanılmıştır.

3.5.1. Anket Formu

Yapılacak çalışmada bilgileri toplamak amacıyla literatür taraması sonucunda araştırmayı gerçekleştiren tarafından oluşturulan “Anket Formu (Ek 1)” kullanılmıştır. Anket formu, son 5 yıl içinde en az bir kez doğum yapmış kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerini içeren 10 adet soru, kadınların obstetrik özelliklerini içeren (çocuk sayısı, evlilik süreleri, gebe kalma yöntemi, gebelik süresince yaşanan sorunlar ve doğum öncesi kontrol biçimleri, doğum şekli, doğumun gerçekleştiği yer, doğumdan sonra hastanede kalınan süre, doğum şekli ile ilgili bilgi durumları, tekrar doğum yapma durumunda tercih edecekleri doğum şekli) 18 adet soru ve toplamda 28 adet sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği (SİM-KVDAÖ)

Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği (Vaginal Birth Perception Scale of Women with Health Belief Model) kadınların doğum şekli tercihlerinin belirlenmesi amacıyla Loke vd. (2015) tarafından geliştirilmiş ve BMC Health Services Research dergisinde yayınlanmıştır. Loke vd. (2015) Hong Kong’lu doğurganlık yaşındaki kadınlardan doğum yöntemi hakkındaki tercihler ve bu tercihleri etkileyen faktörler hakkında bilgi toplamak amacıyla SİM’in beş alanının rehberliğinde, kendi kendini yöneten yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Loke vd., Chong ve Mongelli, Pang ve arkadaşları, Büyükbayrak ve arkadaşları ve Dursun ve arkadaşlarının VD için anne tercihlerini tanımladıkları çalışmalar temel alınarak bu çalışmaya özel bir anket geliştirilmiştir. Bu anketin VD kısmında SİM’in beş alanı temeline oturan VD ile ilişkili farklı algılar hakkındaki farklı ifadeleri toplamaktadır. VD kısmında algılanan hassaslık (2 öge), algılanan faydalar (10 öge), algılanan ciddiyet (5 öge), algılanan engeller (1 öge), ve eyleme geçiren işaretleri (3 öge) ölçek 21 öge mevcuttur. Ölçek dördümlü Likert tipindedir ve ifadelerin derecelendirilmesi 1 puan “kesinlikle katılmıyorum”, 2 puan “katılmıyorum”, 3 puan “katılıyorum” ve 4 puan “kesinlikle katılıyorum” şeklinde belirlenmiştir.

3.5.2.1 Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği (SİM-KVDAÖ)’nin Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmada, Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlilik çalışması ile ilgili olarak aşağıda yer alan sıralı yöntemler kullanılmıştır.

Ölçeğin Geçerlilik analizi için;

- a) Dil Geçerliği,
- b) İçerik Geçerliği (Uzman Görüşü) (Kendall Uyum Katsayısı),
- c)Yapı geçerliliği,

Güvenirlilik analizi için;

- a) Zamana karşı değişmezlik (Stabilite / Test-Tekrar Test Güvenirliği),
- b) İki Yarım Test Güvenirliği,

c) İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı,

d) Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı kullanılmıştır.

3.5.2.1.1. Geçerlik Çalışmaları

Araştırmanın geçerlik çalışmalarına yönelik olarak aşağıda belirtilen çalışmalar yapılmıştır.

a) Dil Geçerliği

Araştırmanın ilk adımında SİM-KVDAÖ'nin dil geçerliliği çalışması yapılmış olup, İngilizce kaynaklı ölçek ifadelerinin Türkçeye çevrilmesi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş, yapılan bu çeviri iki dili (Türkçe/ İngilizce) iyi bir şekilde bilen ve ÇOMÜ Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalında görevli bir öğretim elemanı tarafından İngilizceden Türkçeye tercüme edilmiştir. Sonrasında İngilizce ve Türkçe ölçek ifadeleri ÇOMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev alan ve her iki dile de hakim 3 hekime gönderilmiş ve çevirisi yaptırılmıştır. Buradan sağlanan geri dönüşle ifadeler tekrar araştırmacı tarafından gözden geçirilmiş ve düzenlenmiştir.

b) İçerik Geçerliği

SİM Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği'nin Türkçe formu içerik geçerliliğinin saptanması için Afyon Sandıklı Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Evren ÇAVUŞ, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Evrim KOÇ, ÇOMÜ Çanakkale Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyeleri Prof Dr. Gülbu TANRIVERDİ, Dr. Öğretim Üyesi Seda CANGÖL SÖĞÜT, Dr. Öğretim Üyesi Eda CANGÖL, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyeleri Prof Dr. Fatma Deniz SAYINER, Prof Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN, Çan Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Eda DURU BARDAKÇI'dan ölçekte yer alan 21 adet maddeyi 1 puan "Hiç Uygun Değil", 2 puan "Uygun değil", 3 puan "Uygun" ve 4 puan "Oldukça Uygun" değerlendirme skalasına göre puanlamaları istenmiştir.

Değerlendirmeye katılanlarca "SİM Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeği" için vermiş oldukları puanların ortalama, medyan, en düşük ve en yüksek puan ile standart sapmaları hesaplanarak Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. SİM-KVDAÖ Değerlendiricilerin İfadelerine Vermiş Oldukları Puanlara Ait Özellikler

Ölçek Maddeleri	Aritmetik Ortalama \pm Standart Sapma	Min.-Maks.
Madde 1: : Normal doğum doğal bir olaydır	2,1 \pm 0,42	1-3
Madde 2: Doğumdan sonra bebeğimle daha erken iletişime geçebilirim.	2,2 \pm 0,42	1-3
Madde 3: Bebeğimi daha erken emzirebilirim.	2,6 \pm 0,84	2-4
Madde 4: Hastanede kısa süre kalarak daha sağlıklı bir bebek doğurabilirim	3,2 \pm 0,91	2-4
Madde 5 : Anestezi komplikasyonuna bağlı bebeğin solunumunun durmasından korkarım.	3,8 \pm 0,42	3-4
Madde 6: Hastanede daha kısa süre kalarak daha çabuk iyileşirim.	3,7 \pm 0,67	2-4
Madde 7: Vajinal (Normal) doğum daha az ağrıya neden olur.	3,3 \pm 0,82	2-4
Madde 8: Ameliyat olmaktan ve anestezi almaktan korkarım.	2,5 \pm 0,97	1-4
Madde 9: Vajinal (Normal) doğumun maliyeti daha azdır (daha ucuz).	3,6 \pm 0,51	3-4
Madde 10: Sigortam özel hastanedeki sezaryen ücretini karşılamıyor.	3,7 \pm 0,48	3-4
Madde 11: Vajinal muayene beni utandırıyor.*	3,2 \pm 0,91	2-4
Madde 12: Normal (vajinal) doğum ağrısından korkuyorum.*	2,6 \pm 1,07	1-4
Madde 13: Sezaryen doğum olursa rahimde ve sezaryen yerinde yırtılma olmasından korkarım.	3,8 \pm 0,42	3-4
Madde 14: Sezaryen doğumda yapışıklık oluşmasından korkuyorum.	3,8 \pm 0,42	3-4
Madde 15: Sağlık çalışanları vajinal (normal) doğumu öneriyor.	2,8 \pm 1,03	1-4
Madde 16: Akrabalar / arkadaşlar vajinal (normal) doğumu öneriyorlar	3,3 \pm 0,82	2-4
Madde 17: Akrabalardan / arkadaşlardan kendi vajinal (normal) doğumları ile ilgili kötü hikâyeler dinledim.*	3,0 \pm 0,72	2-4
Madde 18: Vajinal doğum sonrası günlük işlerime daha erken dönebilirim.	3,1 \pm 0,77	2-4

Madde 19: Normal doğum esnasında perinede yırtık oluşmasından ya da epizyo yapılmasından korkarım.	2,3 ± 0,70	1-3
Madde 20 : Bebeğimin kaderi doğa tarafından belirlenir.	2,4± 0,81	1-2
Madde 21: Vajinal doğumda gereksiz cerrahi yara ağrısı yok.	2,1 ± 0,87	1-3

Değerlendirmeler neticesinde 1, 2, 19, 20 ve 21 numaralı maddeler ölçekten çıkarılmış olup, gerekçe olarak değerlendiriciler tarafından düşük puan alması ve içeriğin anlaşılabilmesi gibi sebepler gösterilmiştir.

Anketleri değerlendiren uzmanların çalışmaya verdikleri puanların arasındaki uyumu ölçmek için Kendall Uyuşum Katsayısı (W) hesaplanmış ve değerlendiriciler arası uyum önemli bulunmuştur (p=0.000). (Tablo 3).

Tablo 3. SİM-KVDA Ölçeği Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları

n	W	X ²	p
10	0,308	49,267	0,000

Kendall Uyuşum Katsayısı (W) korelasyon testi uygulanarak, ölçekteki 21 maddenin içeriğinin geçerliliği hakkında 10 değerlendiricinin verdiği puanlara göre gerçekleştirilen istatistiksel analizde, değerlendiricilerin maddelerin içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları görülmüştür (p<0,05) (Tablo 3).

c) Yapı Geçerliliği

SİM Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeğinin yapı geçerliliğini incelemek için temel eksenler analizi uygulanmıştır. Örneklem uygunluğu (sampling adequacy) ve Barlett Sphericity testleri yapılmıştır.

Edinilen bilgilerin faktör analizine uygun olup olmaması hususunda KMO 0.60'tan yüksek ve Barlett testinde anlamlılık bulunması gerekmektedir. Madde tahlili ile birlikte madde total korelasyon değerlerinin 0,20'nin üzerinde elde edilmesi gerekmektedir. Buna göre, KMO örneklem uygunluk katsayısı 0.879 ve Barlett Sphericity testi X² değeri 4832,485, sd (136) (p=0.000) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. SİM-KVDA Ölçeğinin Yapı Geçerliği Çalışması Sonuçları

KMO	0,879
Barlett Küresellik Testi	
X²	4832,485
sd (serbestlik derecesi)	136
p	0,000

Yapılan varimax döndürmeli temel eksen analizi sonucu toplam varyansın % 70,610'ini açıklayan, 16 madde ve 4 alt ölçek tespit edilmiştir. Alt boyutlarda bulunan maddelerin esas formdaki maddelerle aynı şekilde birbiriyle tam olarak uyduğu görülmüştür. Araştırma sonucu ölçeğin faktör yükleri Tablo 5'te verilmiştir. Algılanan faydalar alt boyutu (7 madde) varyansın %31,691'ini, algılanan engeller alt boyutu (4 madde) toplam varyansın %17,302'sini, algılanan ciddiyet alt boyutu (3 madde) toplam varyansın %12,824'ünü, son olarak eyleme geçiriciler alt boyutu (2 madde) toplam varyansın %8,794'ünü açıklamıştır.

Tablo 5. SİM-KVDA Ölçeği Maddelerinin Faktör Yükleri

Maddeler	Algılanan Faydalar	Algılanan Engeller	Algılanan Ciddiyet	Eyleme Geçiriciler
3-Bebeğimi daha erken emzirebilirim	0,923			
2-Vajinal doğumdan sonra bebeğimle daha erken temas kurabilirim.	0,916			
4-Hastanede kısa süre kalarak daha sağlıklı bir bebek doğurabilirim.	0,897			
1-Normal (vajinal) doğum doğal bir süreçtir.	0,849			
5-Anestezi komplikasyonuna bağlı bebeğin solunumunun durmasından korkarım.	0,762			
6-Hastanede daha kısa süre kalarak daha çabuk iyileşirim.	0,726			
9-Vajinal (Normal) doğumun maliyeti daha azdır (daha ucuz).	0,397			
12-Normal (vajinal) doğum ağrısından korkuyorum.*		0,899		
11-Vajinal muayene beni utandırıyor.*		0,889		
7-Vajinal (Normal) doğum daha az ağrıya neden olur.		0,538		

17-Akrabalardan / arkadaşlardan kendi vajinal (normal) doğumları ile ilgili kötü hikâyeler dinledim.*		0,487		
14-Sezaryen doğumda yapışıklık oluşmasından korkuyorum.			0,863	
13-Sezaryen doğum olursa rahimde ve sezaryen yerinde yırtılma olmasından korkarım.			0,856	
8-Ameliyat olmaktan ve anestezi almaktan korkarım.			0,478	
15-Sağlık çalışanları vajinal (normal) doğumu öneriyor.				0,738
16-Akrabalar / arkadaşlar vajinal (normal) doğumu öneriyorlar				0,715

*işaretli sorular ters kodlanmıştır.

3.5.2.1.2. Güvenirlik Çalışmaları

Yapılan çalışmanın güvenilirliğine yönelik olarak aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilmiştir.

a) Zamana karşı değişmezlik (Stabillite / Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Bunun için SİM-KVDAÖ, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğe gelen ve servisinde doğum için bekleyen kadınlardan 30 bireye 15 gün ara ile iki kez uygulaması yapılmıştır. İlk uygulama 1-10 Ocak 2018 tarihleri arasında kadın doğum polikliniğine kontrol için gelenler ile ilgili hastanenin doğum servisinde doğumu gerçekleştirmiş bireylere yapılmış olup, 20 birey hastanede doğum yaptıktan sonra kontrole geldiğinde, 10 bireye ise telefon yolu ile ulaşılarak her birine ilk anket tarihinden 15 gün sonrasında (16-25 Ocak 2018) aynı ifadeler yöneltilmiştir. Bu iki uygulama ilk test ve son test olarak adlandırılmakta olup, bu testlerin birbiri ilişkileri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile belirlenmiştir. Bu sonuçları ait çıktılar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. SİM-KVDA Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Sonucu

	n	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	r	p
ÖNTEST	30	51,3	8,21	0,986	0,000
SONTEST	30	50,9	8,32		

Tablo 6'da görüldüğü üzere SİM-KVDAÖ'nin güvenilirlik çalışması kapsamında test ve tekrar test güvenilirliği belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış, ön test ve son test arasındaki korelasyon $r=0,986$ olduğundan aralarındaki ilişki anlamlı ve oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sebeple SİM-KVDAÖ zamana karşı değişmez bir niteliğe sahiptir, yapılan test zamana bağlı olarak farklı sonuçlar üretmemektedir.

b) İki Yarı Test Güvenirliği

Çalışmada ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısının bulunması için Gutmann Split-Half güvenilirlik katsayısı ölçeğin ilk ve son yarısı, Spearman-Brown Güvenirlik Katsayısı tek ve çift numaralar şeklinde ayrılarak, her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. SİM-KVDA Ölçeği'nin İki Yarı Test Güvenirlik Analizi Sonuçları

İki yarı arasındaki korelasyon	0,655
Esit iki yarı Spearman Brown güvenilirlik katsayısı	0,792
Gutmann Split-Half güvenilirlik katsayısı	0,707
8 maddelik 1. yarı Cronbach Alpha değeri	0,956
8 maddelik 2. yarı Cronbach Alpha değeri	0,655

SİM Kadınların Vajinal Doğum Algıları Ölçeği uygulamasında istenilen seviyede yüksek Guttman Split-Half, Spearman Brown ve Cronbach Alpha Güvenirlik katsayısı bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında SİM Kadınların Vajinal Doğum Algıları Ölçeği'nin 8 maddelik 1. yarı ve 8 maddelik 2. yarı birbiriyle tutarlıdır ve ayrı ayrı güvenilirlikleri yüksektir.

c) Ölçeğin İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) Güvenirliği

Çalışmada kullanılan SİM Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeğine ait maddelerin Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesap edilmiş ve ölçeğin bütünü ile bir tutarlılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. SİM-KVDA Ölçeği'nin Madde Toplam Korelasyon Sonuçları

Yapı ve içerik geçerliliğinden sonraki madde numaraları	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde çıktığında ölçek alfa değeri
Madde 1	0,744	0,907
Madde 2	0,751	0,907
Madde 3	0,764	0,907
Madde 4	0,792	0,906
Madde 5	0,760	0,907
Madde 6	0,743	0,907
Madde 7	0,712	0,908
Madde 8	0,610	0,910
Madde 9	0,602	0,911
Madde10	0,595	0,912
Madde 11	0,615	0,911
Madde 12	0,412	0,916
Madde 13	0,460	0,915
Madde 14	0,536	0,912
Madde 15	0,450	0,914
Madde 16	0,494	0,913

N=324 ; Madde sayısı=16; Cronbach Alfa=0,918

SİM-KVDAÖ'nin 16 madde için Cronbach Alpha değeri **0,918** bulunduğundan, ölçeğin geneli için iç tutarlılık varsayımını sağladığı görülmüştür.

Tablo 9. SİM-KVDA Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayısı Değerleri

Alt Boyutlar	Cronbach Alpha
Algılanan Faydalar	0,942
Algılanan Engeller	0,841
Algılanan Ciddiyet	0,812
Eyleme Geçiriciler	0,776
Toplam	0,918

Alt boyutlara ait Cronbach Alpha değerleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

SİM-KVDA leği'nin Türkçeye uyarlanması için yapılan güvenirlik ve geçerlik çalışmaları sonucunda ölçek 16 maddeden oluşturulmuştur. Ölçeğin alt boyutları ve madde numaraları Tablo 10'da gösterilmiştir:

Tablo 10. SİM-KVDA leği Alt Boyutlarının Madde Numaraları ve Min-Maks Değerleri

Alt Boyutlar	Madde No	Maks	Min
Algılanan Faydalar	1-2-3-4-5-6-7	28	7
Algılanan Engeller	8-9-10-11	16	4
Algılanan Ciddiyet	12-13-14	12	3
Eyleme Geçiriciler	15-16	8	2

SİM-KVDA leği'nin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları sonrasında oluşan madde numaralarına göre 8, 9 ve 11. maddeler ters kodlanmıştır.

3.5.3. Kadınların Sezaryen Doğum Algısı leği (SİM-KSD)

Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Sezaryen Doğum Algısı leği (SİM-KSD) kadınların doğum şekli tercihlerinin belirlenmesi amacıyla Loke vd. (2015) tarafından geliştirilmiş ve BMC Health Services Research dergisinde yayınlanmıştır. Loke vd. (2015) Hong Kong'lu doğurganlık yaşındaki kadınlardan doğum yöntemi hakkındaki tercihler ve bu tercihleri etkileyen faktörler hakkında bilgi toplamak amacıyla SİM'in beş alanının rehberliğinde, kendi kendini yöneten yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Loke vd., Chong ve Mongelli, Pang ve arkadaşları, Büyükbayrak ve arkadaşları ve Dursun ve arkadaşlarının SD için anne tercihlerini tanımladıkları çalışmalar temel alınarak bu çalışmaya özel bir anket geliştirilmiştir. Bu anketin SD kısımları SİM'in beş alanı temeline oturan SD ile ilişkili farklı algılar hakkındaki farklı ifadeleri toplamaktadır. SD kısmındaysa algılanan hassaslık (2 öğe), algılanan faydalar (15 öğe), algılanan ciddiyet (3 öğe), algılanan engeller (2 öğe), ve eyleme geçiren işaretleri (4 öğe) len 26 öğe mevcuttur. Ölçek dörtlü Likert tipindedir ve ifadelerin derecelendirilmesi 1 puan "kesinlikle katılmıyorum", 2

puan “katılmıyorum”, 3 puan “katılıyorum” ve 4 puan “kesinlikle katılıyorum” şeklinde belirlenmiştir.

3.5.3.1. Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmada, SİM-KSDA'nin geçerlik ve güvenirlilik çalışması ile ilgili olarak aşağıda yer alan sıralı yöntemler kullanılmıştır.

Ölçeğin Geçerlilik analizi için;

a) Dil Geçerliği,

b) İçerik Geçerliği (Uzman Görüşü) (Kendall Uyum Katsayısı),

c)Yapı geçerliliği,

Güvenirlilik analizi için;

a) Zamana karşı değişmezlik (Stabillite / Test-Tekrar Test Güvenirliği),

b) İki Yarım Test Güvenirliği,

c) İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) için Pearson Momentler

Çarpımı Korelasyon Katsayısı,

d) Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı kullanılmıştır.

3.5.3.1.1. Geçerlik Çalışmaları

Araştırmanın geçerlik çalışmalarına yönelik olarak aşağıda belirtilen çalışmalar yapılmıştır.

a) Dil Geçerliği

Araştırmada Kadınların Sezaryen Doğum Algısı ölçeğinin dil geçerliliği çalışması yapılmış olup, İngilizce kaynaklı ölçek ifadelerinin Türkçeye çevrilmesi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş, yapılan bu çeviri iki dili (Türkçe/ İngilizce) iyi bir şekilde bilen ve ÇOMÜ Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalında görevli bir öğretim elemanı tarafından İngilizceden Türkçeye tercüme edilmiştir. Sonrasında İngilizce ve Türkçe ölçek ifadeleri ÇOMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev alan ve her iki dile de hakim 3 hekime gönderilmiş ve çevirisi

yaptırılmıştır. Buradan sağlanan geri dönüşle ifadeler tekrar araştırmacı tarafından gözden geçirilmiş ve düzenlenerek İngilizce metin mail yolu ile Alice Yuen LOKE'ye gönderilmiştir.

b) İçerik Geçerliliği

SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği'nin Türkçe formu içerik geçerliliğinin saptanması için Afyon Sandıklı Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Evren ÇAVUŞ, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Evrim KOÇ, ÇOMÜ Çanakkale Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyeleri Prof Dr. Gülbu TANRIVERDİ, Dr. Öğretim Üyesi Seda CANGÖL SÖĞÜT, Dr. Öğretim Üyesi Eda CANGÖL, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyeleri Prof Dr. Fatma Deniz SAYINER, Prof Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN, Çan Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Eda DURU BARDAKÇI'dan ölçekte yer alan 32 adet maddeyi 1 puan "Hiç Uygun Değil", 2 puan "Uygun değil", 3 puan "Uygun" ve 4 puan "Oldukça Uygun" değerlendirme skalasına göre puanlamaları istenmiştir.

Değerlendirmeye katılanlarca SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeği için vermiş oldukları puanların ortalama, medyan, en düşük ve en yüksek puan ile standart sapmaları hesaplanarak Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. SİM-KSDA Ölçeği Değerlendiricilerin İfadelerine Vermiş Oldukları Puanlara ait Özellikler

Ölçek maddeleri	Aritmetik Ortalama ± Standart Sapma	Min.-Maks.
Madde 1: Sezaryen doğum kolay bir yöntemdir	3,6±0,966	1-4
Madde 2: Sezaryen rahat ve modern bir doğum şeklidir.	2,9±0,857	2-4
Madde 3: Sezaryen doğum, bebeğin doğum kanalından geçerkenki yaralanma riskini azaltır.	3,4±1,074	1-4
Madde 4: Sezaryen doğum, vajinal doğum sırasında anneden bebeğe geçebilecek enfeksiyon riskini azaltabilir.	3,5±0,707	2-4

Madde 5: Sezaryen doğum, doğumun uzaması ve bebeğin yaralanmasına bağlı korkuyu azaltabilir.	3,0±0,942	2-4
Madde 6: Tekrarlayan vajinal muayeneye bağlı ağrıyı engelleyebilir.	2,9±0,737	2-4
Madde 7: Gebeliğim benim için çok önemli çünkü tedavi ile oluştu.	2,4±0,843	1-4
Madde 8: Doğum ağrısını önleyebilir	3,5±0,849	2-4
Madde 9: Uzamış doğum eyleminden koruyabilir	3,5±0,707	2-4
Madde 10: Normal doğumda doğum yolunda yırtık olmasından korkuyorum.	2,8±1,135	1-4
Madde 11: Normal doğumda pelvik taban dokusunun hasar görmesinden korkuyorum.	2,7±1,059	1-4
Madde 12: Normal doğum yaptığımda istemsiz idrar ya da dışkı kaçırmaktan korkuyorum.	2,7±1,059	1-4
Madde 13: Sezaryen doğum, genital görüntüyü ve seksüel fonksiyonu koruyabilir.	3,0±0,816	2-4
Madde 14: Sezaryen doğum, cinsel yaşam ile ilgili memnuniyetsizliği azaltabilir.	3,2±0,788	2-4
Madde 15: Sezaryen doğum, ameliyat esnasında tüplerin bağlanmasına imkân sağlar.	3,6±0,516	3-4
Madde 16: Annenin doğum sonrası iznini daha iyi planlamasına olanak sağlar	2,8±1,032	1-4
Madde 17: Babanın doğum sonrası iznini daha iyi planlamasına olanak sağlar	2,7±1,059	1-4
Madde 18: Sezaryen doğum genellikle planlıdır	3,7±0,483	3-4
Madde 19: Sezaryen doğum ile çocuğumun kaderi için daha uğurlu bir zaman seçebilirim.	3,4±0,966	1-4
Madde 20: - Doğum zamanının (burçlar) kişilik özelliklerini etkilediğine inanıyorum.	3,2±1,032	1-4

Madde 21: Sezaryen doğumdan sonra daha çabuk iyileşebileceğimi düşünüyorum	3,6±1,059	2-4
Madde 22: Sezaryen ameliyatı olmaktan ve gereksiz anestezi almaktan korkuyorum.*	3,5±0,483	2-4
Madde 23: Sezaryen doğum sonrası bana ve bebeğime bakabilecek kimse yok.*	3,6±0,966	2-3
Madde 24: Doğum ağrısını başlatmak için verilen suni sancı uygulamasından kaçınılabılır.	1,7±1,032	1-4
Madde 25: Kamu hastanelerinde normal doğum yaptırılır.	2,1±0,699	2-4
Madde 26: Sezaryen doğum sebebiyle 3 ten fazla doğum yapamamaktan korkarım	1,7±1,032	3-4
Madde 27: Doktorum normal doğumu öneriyor.	2,3±0,699	2-4
Madde 28: Tıbbi gereklilik olduğunda sezeryan çok önemlidir.	2,0±1,032	2-4
Madde 29: - Akrabalar / arkadaşlar sezaryen ile doğumu öneriyor.	3,4±0,699	2-4
Madde 30: - Akrabalardan / arkadaşlardan sezaryen doğumları hakkında olumsuz hikâyeler duydum.	3,5±0,707	2-4
Madde31: Sezaryen doğumda çok kan kaybetmekten korkarım	3,8±0,699	3-4
Madde 32: Kronik hastalığım olduğu için sezaryen olmaktan korkarım	3,6±0,674	3-4

Loke (2015)'nin çalışmasından faydalanılarak oluşturulan ve uzman görüşüne sunulan sorulardan 7, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeler değerlendiriciler tarafından düşük puan verilmesi ve içeriğin anlaşılabilmesi gibi sebeplerle ölçekten çıkarılmıştır.

Anketleri değerlendiren uzmanların çalışmaya verdikleri puanların arasındaki uyumu ölçmek için Kendall Uyuşum Katsayısı (W) hesaplanmış ve değerlendiriciler arası uyum önemli bulunmuştur (p=0.000) (Tablo 12).

Tablo 12. SİM-KSDA Ölçeği Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları

n	W	X²	P
10	0,320	99,279	0,000

Kendall Uyuşum Katsayısı (W) korelasyon testi uygulanarak, ölçekteki 32 maddenin içerik geçerliği için 10 değerlendiricinin verdiği puanlara göre yapılan istatistiksel analizde, değerlendiricilerin maddelerin içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 12).

c) Yapı Geçerliği

SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeğinin yapı geçerliğini incelemek için temel eksenler analizi uygulanmıştır. Örneklem uygunluğu (sampling adequacy) ve Barlett Sphericity testleri yapılmıştır.

Verilerin faktör analizine uygunluğu için KMO 0.60'tan yüksek ve Barlett testinde anlamlılık gerekmektedir. Madde analizi sonucunda madde toplam korelasyon değerlerinin 0,20'nin üzerinde elde edilmesi gerekmektedir. Buna göre, KMO örneklem uygunluk katsayısı 0.919 ve Barlett Sphericity testi X^2 değeri 8754,453 sd (435) ($p=0.000$) olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. SİM-KVDA Ölçeğinin Yapı Geçerliği Çalışması Sonuçları

KMO	0,919
Barlett Küresellik Testi	
X²	8754,453
sd (serbestlik derecesi)	435
p	0,000

Yapılan varimax döndürmeli temel eksen analizi sonucu toplam varyansın % 67,209'ini açıklayan, 26 madde ve 4 alt ölçek tespit edilmiştir. Alt boyutlarda bulunan maddelerin esas formdaki maddelerle aynı şekilde birbiriyle tam olarak uyduğu görülmüştür. Araştırma sonucu ölçeğin faktör yükleri Tablo 14'de verilmiştir. Algılanan faydalar alt boyutu (10 madde) varyansın %24,172'sini, algılanan engeller alt boyutu (4 madde) toplam varyansın %18,284'ünü, Algılanan

ciddiyet alt boyutu (10 madde) toplam varyansın %14,950'sini, son olarak eyleme geçiriciler alt boyutu (2 madde) toplam varyansın %9,225'ini açıklamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. SİM-KSDA Ölçeği Maddelerinin Faktör Yükleri

Maddeler	Algılanan Faydalar	Algılanan Engeller	Algılanan Ciddiyet	Eyleme Geçiriciler
2-Sezaryen rahat ve modern bir doğum şeklidir	0,807			
1- Sezaryen doğum kolay bir yöntemdir	0,804			
17- Babanın doğum sonrası iznini daha iyi planlamasına olanak sağlar.	0,798			
5- Sezaryen doğum, doğumun uzaması ve bebeğin yaralanmasına bağlı korkuyu azaltabilir.	0,777			
19- Sezaryen doğum ile çocuğumun kaderi için daha uğurlu bir zaman seçebilirim.	0,759			
18- Sezaryen doğum genellikle planlıdır.	0,740			
16- Annenin doğum sonrası iznini daha iyi planlamasına olanak sağlar.	0,687			
20- Doğum zamanının (burçlar) kişilik özelliklerini etkilediğine inanıyorum.	0,671			
15- Sezaryen doğum, ameliyat esnasında tüplerin bağlanmasına imkân sağlar.	0,562			
21- Sezaryen doğumdan sonra daha çabuk iyileşebileceğimi düşünüyorum.	0,342			
32-Kronik hastalığım (kalp hastalığı, şeker, tansiyon) olduğu için sezaryen olmaktan korkarım. *		0,683		
31-Sezaryen doğumda çok kan kaybetmekten korkarım.*		0,666		
23-Sezaryen doğum sonrası bana ve bebeğime bakabilecek kimse yok. *		0,598		

22- Sezaryen ameliyatı olmaktan ve gereksiz anestezi almaktan korkuyorum.*		0,434		
12- Vajinal (normal) doğum yaptığımda istemsiz idrar ya da dışkı kaçırmaktan korkuyorum.			0,891	
11- Vajinal (normal) doğumda pelvik taban dokusunun (doğum kanalını destekleyen dokuların) hasar görmesinden korkuyorum.			0,865	
10- Vajinal (normal) doğumda doğum yolunda yırtık olmasından korkuyorum.			0,835	
13-Sezaryen doğum, genital görüntüyü ve seksüel fonksiyonu koruyabilir.			0,826	
14- Sezaryen doğum, cinsel yaşam ile ilgili memnuniyetsizliği azaltabilir.			0,825	
4- Sezaryen doğum, vajinal doğum sırasında anneden bebeğe geçebilecek enfeksiyon riskini azaltabilir.			0,822	
3- Sezaryen doğum, bebeğin doğum kanalından geçerkenki yaralanma riskini azaltır.			0,810	
9- Uzamış doğum eyleminden koruyabilir			0,756	
8- Doğum ağrısını önleyebilir.			0,719	
6-Tekrarlayan vajinal muayeneye bağlı ağrıyı engelleyebilir			0,655	
30- Akrabalardan / arkadaşlardan sezaryen doğumları hakkında olumsuz hikâyeler duydum.*				0,616
29- Akrabalar / arkadaşlar sezaryen ile doğumu öneriyor.				0,311

3.5.3.1.2. Güvenirlik Çalışmaları

Araştırma kapsamında kullanılacak ölçeğin güvenirlik analizleri aşağıdaki biçimde uygulanmıştır.

a) Zamana karşı değişmezlik (Stabilite / Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Bunun için SİMKSDAÖ, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğe gelen ve servisinde doğum için bekleyen kadınlardan 30 bireye 15 gün ara ile iki kez uygulaması yapılmıştır. İlk uygulama 1-10 Ocak 2018 tarihleri arasında kadın doğum polikliniğine kontrol için gelenler ile ilgili hastanenin doğum servisinde doğumu gerçekleştirmiş bireylere yapılmış olup, 20 birey hastanede doğum yaptıktan sonra kontrole geldiğinde, 10 bireye ise telefon yolu ile ulaşılarak her birine ilk anket tarihinden 15 gün sonrasında (16-25 Ocak 2018) aynı ifadeler yöneltilmiştir. Bu iki uygulama ilk test ve son test olarak adlandırılmakta olup, bu testlerin birbiri ilişkileri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile belirlenmiştir. Bu sonuçları ait çıktılar Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. SİM-KSDA Ölçeği’nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Sonucu

	n	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	r	p
ÖNTEST	30	74,13	14,96	0,998	0,000
SONTEST	30	74,63	14,80		

Tablo 15’te görüldüğü üzere SİMKSDAÖ’nin güvenirlik çalışması kapsamında test-tekrar test güvenirliği belirlemek maksadıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış ve ön test ve son test arasındaki korelasyon $r=0,998$ olduğundan aralarındaki ilişki anlamlı ve oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sebeple SİMKSDAÖ zamana karşı değişmez bir niteliğe sahiptir, yapılan test zamana bağlı olarak farklı sonuçlar üretmemektedir.

b) İki Yarı Test Güvenirliği

Çalışmada ölçeğin iki yarım test güvenirlik katsayısının bulunması için Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı ölçeğin ilk ve son yarısı, Spearman-Brown Güvenirlik

Katsayısı tek ve çift numaralar şeklinde ayrılarak, her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. SİM-KSDA Ölçeği'nin İki Yarı Test Güvenirlik Analizi Sonuçları

İki yarı arasındaki korelasyon	0,668
Esit iki yarı Spearman Brown güvenilirlik katsayısı	0,801
Guttman Split-Half güvenilirlik katsayısı	0,524
13 maddelik 1. yarı Cronbach Alpha değeri	0,969
13 maddelik 2. yarı Cronbach Alpha değeri	0,517

SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algıları Ölçeği uygulamasında istenilen seviyede yüksek Guttman Split-Half, Spearman Brown ve Cronbach Alpha Güvenirlik katsayısı bulunmuştur. Sonuçlara göre SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algıları Ölçeği'nin 13 maddelik 1. yarı ve 13 maddelik 2. yarı birbiriyle tutarlıdır ve ayrı ayrı güvenilirlikleri yüksektir.

c) Ölçeğin İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) Güvenirliği

Çalışmada kullanılmış olan SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeğine ait maddelerin Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesap edilmiş ve ölçeğin bütünü ile bir tutarlılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. SİM-KSDA Ölçeği'nin Madde Toplam Korelasyon Sonuçları

Yapı ve içerik geçerliliğinden sonraki madde numaraları	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde çıktığında ölçek alfa değeri
Madde 1	0,761	0,948
Madde 2	0,798	,947
Madde 3	0,816	,947
Madde 4	0,815	,947
Madde 5	0,831	,947
Madde 6	0,824	,947
Madde 7	0,808	,947
Madde 8	0,849	,946
Madde 9	0,839	,947
Madde 10	0,819	,947
Madde 11	0,800	,947

Madde 12	0,836	,947
Madde 13	0,768	,948
Madde 14	0,416	,951
Madde 15	0,583	,950
Madde 16	0,522	,950
Madde 17	0,543	,950
Madde 18	0,571	,950
Madde 19	0,492	,950
Madde 20	0,494	,951
Madde 21	0,371	,952
Madde 22	0,361	,952
Madde 23	0,412	,951
Madde 24	0,382	,951
Madde 25	0,370	,951
Madde 26	0,193	,953

N=324 ; Madde sayısı=26; Cronbach Alpa=0,951

SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algı Ölçeği'nin 26 madde için Cronbach Alpha değeri 0,951 bulunduğundan, ölçeğin geneli için iç tutarlılık varsayımını sağladığı görülmüştür.

Tablo 18'de, SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algı Ölçeği'nin en fazla son 5 yıl içinde doğum yapmış kadınlara uygulanması sonucunda ifadelerin madde toplam korelasyon katsayıları gösterilmiştir. Alt boyutlara ait Cronbach Alpha değerleri Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. SİM-KSDA Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayısı Değerleri

Alt Boyutlar	Cronbach Alpha
Algılanan Faydalar	0,884
Algılanan Engeller	0,592
Algılanan Ciddiyet	0,966
Eyleme Geçiriciler	0,451
Toplam	0,951

SİM-KSDAÖ'nin Türkçeye uyarlanması için yapılan Güvenirlik ve Geçerlik çalışmaları sonucunda ölçek 26 maddeden oluşturulmuştur. Ölçeğin alt boyutları ve madde numaraları aşağıdaki gibidir:

Tablo 19. SİM-KSDA Ölçeği Alt Boyutlarının Madde Numaraları ve Min-Maks Değerleri

Alt Boyutlar	Madde No	Maks	Min
Algılanan Faydalar	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	40	10
Algılanan Engeller	11-12-13-14	16	4
Algılanan Ciddiyet	15-16-17-18-19-20-21-22-23-24	40	10
Eyleme Geçiriciler	25-26	8	2

SİM-KSDA Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları sonrasında oluşan madde numaralarına göre 11, 12, 13, 14 ve 25. maddeler ters kodlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Polikliniğine gelen ve örneklem kısıtlarını sağlayanlara uygulanmıştır. Araştırmada kullanılmış olan Kişisel Bilgi Formu ve ölçekler araştırmacı tarafından örneklem birimleri ile karşılıklı olarak karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu ve Ölçekler ile ilgili katılımcılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılımcıların kendisi tarafından ifadelerin yanıtlanması sağlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu 5-8 dakika ve Sağlık İnanç Modeli Kadınların Vajinal/Sezaryen Doğum Algısı Ölçekleri 15-20 dakika arasında katılımcılar tarafından doldurulmuş ve 20-30 dakika içinde geri dönüş sağlanmıştır. İkinci uygulamaya katılacak olan kadınların iletişim bilgileri alınmış ve gerekli süreden sonra kendileri ile iletişime geçilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etiği

Ölçeklerin Türkçeye ve Türk kültürüne uyarlanabilmesi için mail yolu ile ölçeği geliştiren araştırmacı ile iletişim sağlanmış ve gerekli izinler alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek 5). Ölçeklerin nihai hali ölçeği geliştiren

araştırmacıya mail yolu ölçek iletilmiştir. Çalışmanın sürdürülebilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır (Ek 4). Ayrıca araştırmanın örnekleme dahil edilen katılımcılara görüşme öncesi araştırmanın amaç, sağlayacağı fayda ve benzeri konularda açıklamalarda bulunulmuş ve kendilerinin onayı alınmıştır (Ek 7).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Çanakkale ilinde bulunan tüm hastanelerde uygulanmak istenmiş, ancak maddi yetersizlikler ve zaman ile ilgili kısıtlar sebebiyle araştırma kapsamına Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Kliniği alınmıştır.

3.9. Verilerin Analiz Yöntemi

Araştırma kapsamında elde edilen datalar, SPSS 20 istatistik programı ile analiz edilmiştir.

Ölçeklerin geçerliliği ile ilgili olarak değerlendiricilerin vermiş oldukları puanların aritmetik ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmış; ölçeğin güvenilirliği için madde toplam korelasyonu yöntemi, açıklayıcı faktör analizi, Test-Tekrar Test korelasyon katsayısı, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı, eşit iki yarı Spearman Brown güvenilirlik katsayısı, Guttman Split-Half güvenilirlik katsayısı kullanılarak değerlendirmeler yapılmıştır.

Araştırma sonucunda toplanan veriler; frekans analizi ile açıklanmış, katılımcıların tanıtıcı ve gebelik süreçlerine ait verilerin farklılaşma durumları bağımsız örneklem için t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Tek yönlü varyans analizi uygulamasında gruplar arasındaki varyansın homojenliğine Levene-test istatistiği ile bakılmış homojenliğin sağlandığı durumlarda gruplar arası farklılığın tespiti için post-hoc testlerinden Tukey HSD testi, homojenliğin sağlanmadığı durumlarda post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır.

Katılımcıların bir sonraki doğumda tercih edecekleri doğum şeklinin tanıtıcı ve gebelik ile ilgili özelliklerine göre farklılaşma durumları Ki-Kare testi ile incelenmiştir.

Katılımcıların bir sonraki doğumda tercih edecekleri doğum şeklinin ölçek ve alt boyut puanlarına göre farklılaşma durumları bağımsız örneklem için t-testi yapılarak incelenmiştir.



4. BULGULAR

Kadınların doğum şekli tercihleri ile ilişkili olan etmenlerin SİM ile incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmamıza Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Polikliniğine başvuru yapan 324 kadın dahil edilmiştir.

Bu kapsamda elde edilen bulgular 5 bölümde değerlendirilmiştir.

1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Katılımcıların obsterik özelliklerine ilişkin bulgular
3. Kadınların doğum tercihlerine ilişkin bulgular
4. SİM Kadınların Vajinal Doğum Algısı Ölçeğine ilişkin bulgular
5. SİM Kadınların Sezaryen Doğum Algısı Ölçeğine ilişkin bulgular

4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılım kriterlerini sağlamış olan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular incelenmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine frekans ve yüzde dağılımları Tablo 20'da gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=324)

Özellikler		n	%
Yaş (yıl)	23-27	122	37,7
	28-32	119	36,7
	33-37	57	17,6
	18-22	23	8
Eşin Yaş Durumu	28-32	106	32,7
	33-37	92	28,4
	38 ≥	82	25,3
	23-27	39	12,0
	18-22	5	1,5
Eğitim Düzeyi	Üniversite	133	41,0
	Lise	100	30,9
	İlkokul	67	20,7
	Ortaokul	24	7,4
Eşin Eğitim Düzeyi	Üniversite	143	44,1
	Lise	92	28,4
	İlkokul	70	21,6
	Ortaokul	19	5,9
Çalışma durumu	Çalışmıyor	172	53,1
	Çalışıyor	152	46,9
Gelir Düzeyi Durumu	Gelir Giderden Fazla	180	55,6
	Gelir Gidere Denk	121	37,3
	Gelir Giderden Düşük	23	7,1
Yaşanılan Yer Durumu	İl	183	56,5
	İlçe	109	33,6
	Köy/Kasaba	32	9,9
Aile Tipi Durumu	Çekirdek aile	278	85,8
	Geniş Aile	42	13,0
	Parçalanmış Aile	4	1,2
Evlilik süresi	4-8	157	48,5
	9 ≥	96	29,6
	0-3	71	21,9

Kadınların %37,7'si 23-27 yaş aralığında, %36,7'si 28-32 yaş aralığında, %41'i üniversite mezunu ve %48,5'i 4-8 yıl arasında evlidir. Katılımcıların eşlerinin %32,7'si 28-32 yaş aralığında, %28,4'i 33-37 yaş aralığında, %25,3'ü 38 yaşından büyüktür. Eşin eğitim düzeyi incelendiğinde, %44,1'lük dilimi üniversite mezunları oluşturmaktadır. Kadınların %46,9'u çalışmakta, %55,6'sı gelirlerinin giderlerden fazla olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %56,5'i ilde ikamet etmekte olup, %85'inin aile tipi çekirdek ailedir.

4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımları (n=324)

Özellikler	n	%	
Gebe Kalma Sayısı	1	118	36,4
	2	113	34,9
	3 ≥	93	28,7
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 Çocuk	153	47,2
	2 Çocuk	135	41,7
	3 ≥	36	11,1
Son Gebeliğin Planlı / İstenilen Gebelik olma Durumu	Evet	280	86,4
	Hayır	44	13,6
Doğum Öncesi Düzenli Takip Durumu	Evet	316	97,5
	Hayır	8	2,5
Doğum Öncesi Düzenli Takibi için Başvurulan Sağlık Kurumu	Üniversite	119	37,7
	Özel Doktor/Hastane	107	33,9
	Doğumevi	76	24,1
	Sağlık Ocağı	14	4,4
Gebelik Sürecinde Doğum Korkusu Yaşama Durumu	Hayır	167	51,5
	Evet	157	48,5
Gebeliğin Oluşma Durumu	Kendiliğinden	286	88,3
	İlaç Tedavisi İle	31	9,6
	Tüp Bebek Yöntemi ile	7	2,2
Gebelikte Sorun Yaşama Durumu	Evet	162	50,0
	Hayır	162	50,0
Gebelikte Yaşanılan Sorunlar*	Hiperemezis	51	28,2
	Düşük Tehdidi	44	24,3
	Erken Doğum Tehdidi	38	21,0
	Tansiyon Yükselmesi	27	14,9
	Diğer	8	4,4
	Enfeksiyon	7	3,9
	Diyabet	6	3,3
Gebelikte Kronik Rahatsızlığa Sahip Olma Durumu	Hayır	231	71,3
	Evet	93	28,7
Gebelikte Sahip Olunan Kronik Rahatsızlık Durumu*	Diyabet	29	29,3
	Anemi	22	22,2
	Hipertansiyon	18	18,2
	Tiroit Hast.	13	13,1
	Diğer	7	7,1
	Kalp Hast.	3	3,0
	Epilepsi	3	3,0
	Pıhtılaşma Boz.	2	2,0
	Böbrek Hast.	2	2,0

*işaretleli ifadeler çok seçeneklidir.

Tablo 21’de katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımları incelenmiştir. Katılımcıların gebe kalma sayıları incelendiğinde; %36,4’ü 1 kez, % 34,9’u 2 kez, % 28,7’i 3 ve daha fazla kez gebe kalmışlardır. Katılımcıların %86,4’ü son gebeliğinin istenilen/planlı bir gebelik olduğunu, %88,3’ü gebeliğin doğal yollardan oluştuğunu belirtmişlerdir. Kadınların % 50’si gebelikleri süresince bazı sorunlar yaşadıklarını, bunların; %28,2’i hiperemesis, %24,3’ü düşük tehdidi, %21’i erken doğum tehdidi yaşamıştır. Gebelik süresinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %28’dir. Kronik rahatsızlığa sahip olanların; %29,3 diyabet, %22 anemi ve %18,2 hipertansiyon problemi yaşamışlardır.

Tablo 22. Katılımcıların Son Doğumlarına İlişkin Bazı Obstetrik Özellikleri

Değişkenler		n	%
Gebelik Süresinde Doğum Şekilleri Hakkında Bilgi Edinme Durumu	Evet	233	71,9
	Hayır	91	28,1
Doğum Şeklinin Kararının Alınma Durumu	Doktorum	147	45,4
	Ben ve Doktorum	131	40,4
	Kendim	43	13,3
	Ben ve eşim	3	0,9
Son Yapılan Doğumun Şekli	Sezaryen Doğum	187	57,7
	Normal Doğum	137	42,3
Doğumdan Sonra Bebeği Emzirme Durumu	İlk Yarım Saatte	110	34,0
	Yarım-1 Saat Sonra	96	29,6
	Hemen Sonra	83	25,6
	2 saat ≥	22	6,8
	Hiç Emzirmedi	13	4,0
Son Doğumun İtibaren geçen Süre	1 yıldan az	177	54,6
	1 yıldan fazla	147	45,4
Doğum Şekilleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu	Evet	209	64,5
	Hayır	115	35,5
Bilgi Edinilen Kişi/Yer*	Medya	131	42,5
	Doktor	98	31,8
	Arkadaş	42	13,6
	Ebe/Hemşire	28	9,1
	Komşu/Aile	9	2,9
En Son Doğum Yapılan Yer	Üniversite Hastanesi	208	64,2
	Doğum Evi	64	19,8
	Özel Hastane	52	16,0
Doğum için Hastanede Kalın Süre (gün)	2	151	46,6
	1	91	28,1
	3	59	18,2
	4 ≥	23	7,1
Bir Sonraki Olası Doğumda Doğum Şekli Tercih Durumu	Normal Doğum	136	42,0
	Sezaryen Doğum	105	32,4
	Kararsızım	83	25,6

Tablo 22’de katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özellikleri incelenmiştir.

Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını belirten katılımcıların oranı %64,5’tir. Katılımcıların son doğum şekillerini belirlerken % 45,4’ü doktorunun, %40,4’ü kendisi ve doktoru ile karar aldıklarını, %64,2’sinin son doğumlarını üniversite hastanesinde gerçekleştirdikleri, %46,6’sı doğumdan 2 gün sonra taburcu oldukları, %34’ü bebeklerini ilk yarım saatte emzirdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların son doğumlarını %57,7’si sezaryen, %42,3’ü normal doğum ile gerçekleştirdikleri, bir sonraki doğum tercihleri konusunda ise %42’si normal, %32,4’ü sezaryen ve %25,6’sı kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

4.3.Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların doğum şekli tercihlerini etkileyebileceği düşünülen bazı Sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile karşılaştırma sonuçları incelenmiştir.

Tablo 23. de katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri ile doğum şekli tercihleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Katılımcıların doğum şekli tercihleri ile eğitim düzeyi ($p=0,002$), eşinin eğitim düzeyi ($p=0,027$), gelir düzeyi ($p=0,003$), yaşanılan yer ($p=0,025$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak katılımcıların doğum şekli tercihleri ile yaş ($p=0,261$), eşinin yaş durumu ($p=0,284$), çalışma durumu ($p=0,081$), aile tipi ($p=0,065$), evlilik süresi ($p=0,186$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 23. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması (n=324)

Değişkenler	ND (n=136)	SD(n=105)	Kararsız(n=83)	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Yaş				
18-22	13 (9,6)	5 (4,8)	8 (9,6)	0,261
23-27	57 (41,9)	42 (40)	23 (27,7)	
28-32	45 (33,1)	41 (39,0)	33 (39,8)	
33-37	21 (15,4)	17 (16,2)	19 (22,9)	
Eşin Yaş Durumu				
18-22	2 (1,5)	0 (0,0)	3 (3,6)	0,284
23-27	19 (14,0)	9 (8,6)	11 (13,3)	
28-32	50 (36,8)	32 (30,5)	24 (28,9)	
33-37	33 (24,3)	37 (35,2)	22 (26,5)	
38 ≥	32 (23,5)	27 (25,7)	23 (27,7)	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	40 (29,4)	11 (10,5)	16 (19,3)	0,002
Ortaokul	12 (8,8)	7 (6,7)	5 (6)	
Lise	45 (33,1)	30 (28,6)	25 (30,1)	
Üniversite	39 (28,7)	57 (54,3)	36 (43,4)	
Eşinin Eğitim Düzeyi				
İlkokul	40 (29,4)	13 (12,4)	17 (20,5)	0,027
Ortaokul	10 (7,4)	5 (4,8)	4 (4,8)	
Lise	39 (28,7)	31 (29,5)	22 (26,5)	
Üniversite	47 (34,6)	56 (53,3)	40 (48,2)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	54 (39,7)	56 (53,3)	42 (50,6)	0,081
Çalışmıyor	82 (60,3)	49 (46,7)	41 (49,4)	
Gelir Düzeyi				
Gelir Giderden Düşük	13 (9,6)	6 (5,7)	4 (4,8)	0,003
Gelir Gidere Denk	65 (47,8)	32 (30,5)	24 (28,9)	
Gelir giderden fazla	58 (42,6)	67 (63,8)	55 (66,3)	
Yaşanılan yer				
Köy/kasaba	22 (16,2)	7 (6,7)	3 (3,6)	0,025
ilçe	44 (32,4)	35 (33,3)	30 (36,1)	
il	70 (51,5)	63 (60,0)	50 (60,2)	
Aile tipi				
Çekirdek	114 (83,8)	98 (93,3)	70 (84,3)	0,065
Geniş	22 (16,2)	7 (6,7)	13 (15,7)	
Evlilik süresi				
0-3 yıl	36 (26,5)	16 (15,2)	19 (22,9)	0,186
4-8 yıl	59 (43,4)	60 (57,1)	38 (45,8)	
9 yıl ve i≥	41 (30,1)	29 (27,6)	26 (31,3)	

Tablo 24. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	ND n(%)	SD n(%)	Kararsız n(%)	p
Gebe Kalma Sayısı				
1 kez	48 (35,3)	39 (37,1)	30 (36,1)	0,017
2 kez	38 (27,9)	47 (44,8)	28 (33,7)	
3 ve 3'ten fazla	50 (36,8)	19 (18,1)	25 (30,1)	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
1 çocuk	60 (44,1)	55 (52,4)	38 (45,8)	0,155
2 çocuk	57 (41,9)	45 (42,9)	33 (39,8)	
3 ve üzeri	19 (14,0)	5 (4,8)	12 (14,5)	
Son gebeliğin planlı/istenilen gebelik olma durumu				
Evet	115 (84,6)	94 (89,5)	71 (85,5)	0,517
Hayır	21 (15,4)	11 (10,5)	12 (14,5)	
Doğum öncesi düzenli takip durumu				
Evet	133 (97,8)	102 (97,1)	81 (97,6)	0,948
Hayır	3 (2,2)	3 (2,9)	2 (2,4)	
Doğum öncesi düzenli takip için başvurulacak sağlık kurumu				
Sağlık Ocağı	7 (5,3)	5 (4,9)	2 (2,5)	0,000
Doğum Evi	51 (38,3)	7 (6,9)	18 (22,2)	
Üniversite	47 (35,3)	47 (46,1)	25 (30,9)	
Özel hastane	28 (21,1)	43 (42,2)	36 (44,4)	
Doğum korkusu yaşama durumu				
Evet	55 (40,4)	56 (53,3)	46 (55,4)	0,047
Hayır	81 (59,6)	49 (46,7)	37 (44,6)	
Gebeliğin oluşma durumu				
Kendiliğinden	129 (94,9)	86 (81,9)	71 (85,5)	0,020
İlaç Tedavisi ile	7 (5,1)	15 (14,3)	9 (10,8)	
Tüp Bebek Yöntemi ile	0 (0,0)	4 (3,8)	3 (3,6)	
Gebelikte sorun yaşama durumu				
Evet	64 (47,1)	50 (47,6)	48 (57,8)	0,253
Hayır	72 (52,9)	55 (52,4)	35 (42,2)	
Gebelikte kronik rahatsızlığa sahip olma durumu				
Evet	32 (23,5)	34 (32,4)	27 (32,5)	0,216
Hayır	104 (76,5)	71 (67,6)	56 (67,5)	

Tablo 24’de görüldüğü gibi katılımcıların doğum şekli tercihlerini etkileyebileceği düşünülen bazı obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebe kalma sayısı ($p=0,017$), doğum korkusu yaşama durumu ($p=0,047$), gebe kalmak için destek alma durumu ($p=0,020$) ve antenatal takip için başvuru yeri ($p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ancak kadınların doğum şekli tercihine göre yaşayan çocuk sayısı ($p=0,155$), son gebeliğin planlı/istenilen bir gebelik olma durumu ($p=0,517$), doğum öncesi düzenli takip durumu ($p=0,948$), gebelikte sorun yaşama durumu ($p=0,253$) ve gebelikte kronik bir rahatsızlığa sahip olma durumu ($p=0,216$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 25. Katılımcıların Son Doğumlarına İlişkin Bazı Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihleri İle Karşılaştırılması

Değişkenler	ND n(%)	SD n(%)	Kararsız n(%)	p
Gebelik süresinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumu				
Evet	89 (65,4)	86 (81,9)	58 (69,9)	0,017
Hayır	47 (34,6)	19 (18,1)	25 (30,1)	
Doğum şekline karar verme				
Ben ve eşim	21 (15,5)	19 (18)	6 (7,2)	0,247
Doktorum	58 (42,6)	43 (41)	46 (55,4)	
Ben ve doktorum	57 (41,9)	43 (41)	31 (37,3)	
Son yapılan doğum şekli				
Normal doğum	108 (79,4)	8 (7,6)	21 (25,3)	0,000
Sezaryen doğum	28 (20,6)	97 (92,4)	62 (74,7)	
Doğumdan sonra bebeği emzirme				
Hemen				
İlk yarım saat	49 (36)	38 (36,2)	23 (27,7)	0,000
Yarım-1 saat	16 (11,8)	46 (43,8)	34 (41)	
Emzirmedim	2 (1,5)	3 (2,9)	8 (9,6)	
Son doğumdan itibaren geçen süre				
1 yıldan az	78 (57,4)	50 (47,6)	49 (59)	
1 yıldan fazla	58 (42,6)	55 (52,4)	34 (41)	0,208
Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu				
Evet	82 (60,3)	86 (81,9)	41 (49,4)	0,000
Hayır	54 (39,7)	19 (18,1)	42 (50,6)	
En son doğum yapılan yer				
Doğumevi	44 (32,4)	7 (6,7)	13 (15,7)	0,000
Üniversite Hastanesi	79 (58,1)	76 (72,4)	53 (63,9)	
Özel hastane	13 (9,6)	22 (21)	17 (20,5)	
Doğum için hastanede kalınan süre				
1gün	65 (48,1)	17 (16,2)	9 (10,8)	0,000
2gün	51 (37,8)	58 (55,2)	42 (50,6)	
3 gün	12 (8,9)	24 (22,9)	9 (27,7)	
4gün	7 (5,2)	6 (5,7)	9 (10,8)	

Tablo 25’de katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özellikleri ile doğum şekli tercihleri ile karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özellikleri ile doğum tercihi arasındaki ilişki incelendiğinde; doğum şekilleri hakkında bilgi alma durumu

($p=0,017$), son yapılan doğum şekli ($p=0,000$), doğumdan sonra bebeği emzirme durumu ($p=0,000$), doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu ($p=0,000$), en son doğum yapılan yer ($p=0,000$) ve doğum için hastanede kalınan süre ($p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ancak kadınların doğum şekli tercihine göre; doğum şekli kararının alınma durumu ($p=0,247$) ve son doğumdan itibaren geçen süre ($p=0,208$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 26. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinin SİM-KVDA Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	ND (n=136)	SD (n=105)	t	p
	X±ss	X±ss		
SİM-KVDA	51±5,35	40,59±5,26	15,070	0,000
Algılanan Faydalar	23,57±3,12	19,44±3,06	10,240	0,000
Algılanan Engeller	11,51±1,73	7,73±2,16	15,063	0,000
Algılanan Ciddiyet	9,65±1,58	8±1,52	8,170	0,000
Harekete Geçiriciler	6,26±0,79	5,40±0,99	7,210	0,000

Kadınların bir sonraki olası doğum şekli tercihlerinin SİM-KVDA ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sonuçları Tablo 26’te gösterilmiştir.

Kadınların doğum tercihleri SİM-KVDA ölçeği puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=51±5,35$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=40,59±5,26$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ($t=15,070$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihlerinin algılanan faydalar alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=23,57±3,12$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=19,44±3,06$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=10,240$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihlerinin algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=11,51±1,73$) ile sezaryen doğumu

tercih edenler ($X=7,73\pm 2,16$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=15,063$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihlerinin algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=9,65\pm 1,58$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=8\pm 1,52$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=8,170$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihlerinin harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=8\pm 1,52$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=5,40\pm 0,99$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=7,210$, $p<0,05$).

Tablo 27. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinin SİM-KSDA Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	ND	SD	T	p
	(n=136)	(n=105)		
	X±ss	X±ss		
SİM-KSDA	51,19±10,03	70,5±8,1	-15,946	0,000
Algılanan Faydalar	19,29±4,10	25,46±3,52	-12,545	0,000
Algılanan Engeller	8,45±1,65	9,80±1,66	-6,247	0,000
Algılanan Ciddiyet	19,28±5,57	30,03±4,75	-15,824	0,000
Harekete Geçiriciler	4,15±0,91	5,04±0,95	-7,324	0,000

Kadınların bir sonraki olası doğum şekli tercihlerinin SİM-KSDA ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sonuçları Tablo 27'te gösterilmiştir.

Kadınların doğum tercihleri SİM-KSDA ölçeği puanlarına göre incelendiğinde, sezaryen doğumu tercih edenler ($X=70,5\pm 8,1$) ile normal doğumu tercih edenler ($X=51,19\pm 10,03$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-15,946$, $p=0,000$).

Kadınların doğum tercihleri algılanan faydalar alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, sezaryen doğumu tercih edenler ($X=25,46$) ile normal doğumu tercih

edenler ($X=19,26$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-12,545$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihleri algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, sezaryen doğumu tercih edenler ($X=9,80$) ile normal doğumu tercih edenler ($X=8,45$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-6,247$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihleri algılanan ciddiye alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, sezaryen doğumu tercih edenler ($X=30,03$) ile normal doğumu tercih edenler ($X=19,28$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-15,824$, $p<0,05$).

Kadınların doğum tercihleri harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre incelendiğinde, sezaryen doğumu tercih edenler ($X=5,04$) ile normal doğumu tercih edenler ($X=4,15$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-7,324$, $p<0,05$).

Tablo 28'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SİM-KVDA ölçeğinden almış oldukları puanların gruplar arasında farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SİM-KVDA Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler			Algılanan Fayda			Algılanan Engeller			Algılanan Ciddiyet			Harekete Geçiriciler			Toplam		
				X	ss		X	ss		X	Ss		X	ss		X	Ss
Yaş	18-22 Yaş ⁽¹⁾	F		21,92	3,00	0,616	9,76	2,43		9,07	1,38		5,84	0,61		46,61	5,72
	23-27 Yaş ⁽²⁾	P	0,498	21,59	3,62	0,605	9,50	2,70	0,627	9,00	1,69	0,113	5,90	0,92	0,197	46,00	7,29
	28-32 Yaş ⁽³⁾	L	0,684	21,22	3,68	-	9,45	2,74	0,598	9,03	1,82	0,953	5,84	1,07	0,898	45,55	7,59
	33-37 Yaş ⁽⁴⁾			21,14	3,28	-	10,00	2,57		8,67	1,73		5,87	0,89		45,69	6,21
Eşin Yaşı	23-27 Yaş ⁽¹⁾	F	0,432	21,94	3,31	1,191	9,38	2,59	0,643	9,28	1,60	0,167	5,97	0,90	0,494	46,58	6,49
	28-32 Yaş ⁽²⁾	P	0,313	21,48	3,65	0,313	9,68	2,72	0,588	8,99	1,76	0,919	5,86	0,92	0,687	46,02	7,26
	33-37 Yaş ⁽³⁾	L	-	21,23	3,68	-	9,21	2,83	-	8,82	1,87	-	5,84	1,02	-	45,13	7,72
	38 Yaş ve > ⁽⁴⁾			21,26	3,28	-	9,93	2,42		8,93	1,58		5,86	0,96		46,01	6,32
Eğitim Düzeyi	İlkokul ⁽¹⁾	F		22,33		9,477											
	Ortaokul ⁽²⁾	P	2,577	22,00	2,65	0,000	10,84	1,94	3,603	9,46	1,15		6,03	0,70	6,434	48,68	4,96
	Lise ⁽³⁾	L	0,054	21,04	2,73	0,000	10,25	1,96	0,014	9,41	1,63	3,603	6,16	0,81	0,000	47,83	5,76
	Üniversite ⁽⁴⁾		-	21,06	3,14	1-3,1-4,2-444,2-5,3-5	8,84	2,82	0,005	8,72	1,74	0,134	5,82	0,92	0,002	45,17	6,70
Eşin Eğitim Düzeyi	İlkokul ⁽¹⁾	F		22,23	2,83	6,569	10,71	2,12		9,36	1,14		6,00	0,61	3,846	48,33	4,98
	Ortaokul ⁽²⁾	P	1,608	21,21	2,50	0,000	9,94	1,84	1,923	8,73	1,59	0,568	5,84	0,89	0,010	45,73	5,38
	Lise ⁽³⁾	L	0,187	21,09	3,23	0,001	9,60	2,61	0,126	8,93	1,68	0,639	5,86	1,00	0,001	45,51	6,93
	Üniversite ⁽⁴⁾			21,25	4,06	1-3,1-4	9,02	2,88		8,81	1,96		5,81	1,05	1-3,1-4	44,90	7,94
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	t	0,046	21,41	0,25	1,733	9,84	2,57	1,576	9,09	1,47	1,258	5,93	0,86	1,222	46,29	6,60
	Çalışıyor	P	0,963	21,39	0,30	0,084	9,32	2,76	0,123	8,80	1,96	0,209	5,80	1,04	0,223	45,32	7,56
Gelir Düzeyi	Gelir Düşük ⁽¹⁾	F	2,030	21,522	2,19	6,769	9,47	2,53		8,47	1,78		5,65	1,07	3,100	45,13	4,18
	Gelir Gidere Denk ⁽²⁾	P	0,133	1,89	3,12	0,001	10,28	2,30	1,067	8,94	1,69	1,471	5,97	0,93	0,046	47,09	6,35
	Gelir Giderden Fazla ⁽³⁾	L		21,06	3,88	0,002	9,15	2,83	0,345	9,03	1,73	0,231	5,83	0,94	0,002	45,08	7,70
İkamet	Köy/kasaba ⁽¹⁾	F		22,07	3,00		10,34	2,48		9,03	1,28		5,80	0,56		47,26	5,82
	İlçe ⁽²⁾	P	0,665	21,44	2,80	2,029	9,77	2,36	0,073	8,99	1,48	0,141	5,90	0,86	0,985	46,11	5,74
	İl ⁽³⁾	L	0,515	21,24	3,98	0,133	9,34	2,85	0,930	8,92	1,91	0,868	5,86	1,05	0,375	45,38	7,92
Aile Tipi	Çekirdek aile ⁽¹⁾	t	-1,06	21,32	3,55	-2,63	9,46	2,66	0,074	8,94	0,10	-1,39	5,85	0,97	-1,68	45,59	7,13
	Geniş Aile ⁽²⁾	P	0,289	27,95	3,56	0,009	10,61	2,55	0,941	8,92	0,25	0,165	6,07	0,77	0,093	47,57	6,82
Evlilik Yılı	0-3 Yıl Arası ⁽¹⁾	F		21,47	3,54	3,727	9,40			9,15	1,61		5,80	0,93		45,85	6,91
	4-8 Yıl Arası ⁽²⁾	P	0,857	21,15	3,83	0,025	9,31	2,60	0,628	8,87	1,78	0,876	5,84	0,93	1,737	45,19	7,60
	9 Yılden Fazla ⁽³⁾	L	0,427	21,75	2,95	0,105	10,21	2,41	0,534	8,94	1,70	0,417	5,97	0,99	0,178	46,89	6,18

Katılımcıların eğitim düzeyi ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KVDA alt boyutu olan algılanan engeller, algılanan ciddiyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Algılanan engeller puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda; eğitim düzeyi ilkokul olanların ($X=10,84$), lise ($X=9,59$) ve üniversite mezunu olanlardan ($X=8,84$), ortaokul mezunu olanların ($X=10,25$), üniversite mezunu olanlardan ($X=8,84$) istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Algılanan ciddiyet puanlarının farklılaştığı grupların tespitinde ise eğitim düzeyi ilkokul ($X=9,46$) olanların lise ($X=8,42$) ve üniversite ($X=8,79$) olanlardan istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların evli olma yılı süresi ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, algılanan engeller puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Algılanan engeller puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan test sonucunda; 4-8 yıl arasında evli ($X=9,40$) olanların, 9 yıldan fazla evli ($X=10,21$) olanlardan istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ve alt boyutlarına ait puanlarının yaş, eşin yaşı, yaşanılan yer ve çalışma durumlarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eşin eğitim düzeyi ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KVDA ve algılanan engeller puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). SİM-KVDA puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda eşinin eğitim düzeyi ilkokul ($X=48,33$) olanların lise ($X=45,51$) ve üniversite ($X=44,90$) olanlardan istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Algılanan engeller puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda eşinin eğitim düzeyi ilkokul ($X=10,71$) olanların lise ($X=9,60$) ve üniversite ($X=9,02$) olanlardan istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslek durumu ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, algılanan ciddiyet puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Algılanan ciddiyet puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda sağlık personeli ($X=7,94$) olanların öğretmen ($X=9,58$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ve diğer alt boyut puanlarının meslek durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyi ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KVDA ve algılanan engeller puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Geliri gidere denk ($X=47,09$) olanların geliri giderden fazla ($X=45,08$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Algılanan engeller alt boyutunda ise, geliri gidere denk ($X=10,28$) olanların, geliri giderden fazla ($X=9,15$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların aile tipi ile SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu grupta yer alan “Parçalanmış Aile” ($n=4$) seçeneği yeterli örneklem sayısına ulaşamadığı için analize dahil edilmemiştir.

- Algılanan engeller puanlarına göre çekirdek ailelerin ($X=9,46$) geniş ailelerden ($X=10,61$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının aile tipi durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 29. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre SİM-KVDA Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler			Algılanan Faydalar			Algılanan Engeller			Algılanan Ciddiyet			Harekete Geçiriciler			Toplam					
				X	Ss		X	ss		X	ss		X	ss		X	Ss			
Gebe Kalma Sayısı	1 Kez ⁽¹⁾	F P L	0,799	21,38	3,85	9,695	9,24	2,69	0,896	9,02	1,61	0,048	5,85	0,94	3,070	45,51	7,18			
	2 Kez ⁽²⁾		0,541	21,13	3,54	0,000	9,14	2,89		8,78	1,98		0,97	5,89		0,97	0,048	44,95	7,66	
	3 ≥			21,75	3,07	0,001	10,5	2,06		9,08	1,50		0,95	5,87		0,95	0,029	47,30	5,96	
					1-3,2-3	9								2-3						
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 Çocuk ⁽¹⁾	F P L	0,226	21,36	3,93	6,043	9,16	2,73	0,025	8,94	1,69	0,349	5,83	0,94	1,294	45,30	7,50			
	2 Çocuk ⁽²⁾		0,798	21,34	3,25	0,003	9,78	2,65		8,98	1,90		0,98	5,92		0,98	0,077	46,04	6,92	
	3 ≥			21,77	2,69	0,077	10,77	2,01		8,94	1,09		0,91	5,83		0,91	1-3	47,33	5,51	
					1-3															
Son Gebeliğin planlı olması	Evet	t P	-1,20	21,31	3,62	-1,61	9,50	2,66	-2,60	8,95	1,75	0,073	5,87	0,97	-1,26	45,64	7,27			
	Hayır		0,230	22,00	2,81	0,108	10,20	2,66		9,02	1,54		0,942	5,86		0,85	0,207	47,09	5,59	
Antenatal takip kurumu	ASM ⁽¹⁾ Doğum Evi ⁽²⁾ Üniversite ⁽³⁾ Özel Doktor/ Hastane ⁽⁴⁾	F P L	4,863	22,14	3,27	5,389	9,85	2,31	1,245	8,57	1,55	3,202	6,28	0,72	0,001	46,85	4,99			
			0,003	22,57	3,50		0,001	10,5		2,27	9,26		1,55	0,024		6,09	0,83	0,427	48,51	6,57
			0,240	21,26	3,45		0,110	7		2,68	8,82		1,76	0,064		5,80	1,01	2-3, 2-4	45,26	7,18
			2-4	20,62	3,60		2-3, 2-4	9,37		2,84	8,94		1,85	2-4		5,72	0,99	4	44,34	7,30
										9,04										
Doğum korkusu	Evet	t P	-2,26	20,94	2,90	-1,81	9,32	2,52	-1,79	8,78	1,52	-2,12	5,75	0,85	-2,54	44,81	6,05			
	Hayır		0,023	21,83	3,99	0,070	9,86	2,78		9,12	1,88		0,034	5,98		1,03	0,011	46,80	7,81	
Gebe kalmak için destek alma	Destek yok (1) İlaç Tedavisi (2) IVF*(3)	t P	2,011	21,53	3,60	2,585	9,72	2,64	2,103	9,03	1,69	2,917	5,93	0,93	2,899	46,21	7,04			
			0,055	20,19	2,73		0,010	8,41		2,80	8,35		1,79	0,004		5,41	0,84	0,004	42,38	6,40
Gebelikte Sorun yaşama	Evet	t P	-0,47	21,39	2,96	0,353	9,65	2,45	-0,48	8,91	1,60	-1,34	5,80	0,84	-0,18	45,76	6,18			
	Hayır		0,962	21,41	4,02	0,724	9,54	2,88		9,00	1,83		0,181	5,94		1,04	0,851	45,91	7,88	
Gebelikte Kronik hastalık	Evet	t P	-2,01	20,78	3,02	-0,73	9,43	2,49	-1,80	8,68	1,60	-1,57	5,74	0,79	-1,93	44,64	6,33			
	Hayır		0,055	21,65	3,69	0,464	9,67	2,74		9,06	1,76		0,115	5,92		1,00	0,054	46,32	7,31	

Tablo 30. Katılımcıların Son Doğularına İlişkin Bazı Obstetrik Özellikleri ve SİM-KVDA Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Son Doğuma İlişkin Bazı Obstetrik Özellikler			Algılanan Faydalar			Algılanan Engeller			Algılanan Ciddiyet			Harekete Geçiriciler			Toplam		
				X	Ss		X	ss		X	ss		X	ss		X	Ss
Gebelikte Doğum Şekli Bilgisi	Evet Hayır	t P	-1,09 0,276	21,27 21,74	3,54 3,50	-4,23 0,000	9,21 10,58	2,71 2,29	-2,35 0,019	8,81 9,31	1,73 1,65	-1,75 0,80	5,81 6,02	0,95 0,93	-2,94 0,003	45,12 47,67	7,08 6,73
Doğum Şeklinin Kararı	Ben ve eşim ⁽¹⁾ Doktorum ⁽²⁾ Ben ve Doktorum ⁽³⁾	F P L	0,424 0,655	21,06 21,59 21,32	4,44 2,78 3,97	2,610 0,075	9,20 9,98 9,35	2,86 2,32 2,88	8,212 0,063	8,39 9,07 9,03	1,69 1,43 1,98	0,147 0,160	5,88 5,84 5,90	0,90 0,95 0,98	1,394 0,249	44,55 46,49 45,62	7,68 5,66 8,19
Son Yapılan Doğum Şekli	ND SD	t P	8,712 0,000	23,20 20,08	3,70 2,74	9,975 0,000	11,11 8,49	2,21 2,42	7,854 0,000	9,76 8,36	1,44 1,67	6,847 0,000	6,27 5,58	0,77 0,97	11,73 0,000	50,5 42,52	6,33 5,61
Doğumdan Sonra Bebeği Emzirme Durumu	Hemen ⁽¹⁾ 1/2 Saatte ⁽²⁾ 1/2-1 Saat. ⁽³⁾ Daha Geç ⁽⁴⁾ Hiç Emzirmedim ⁽⁵⁾	F P L	12,69 0,000 0,000 1-2, 1-3, 1-4	23,59 20,80 20,382 0,50 21,53	3,80 3,54 2,76 2,66 1,98	7,187 0,000 0,504 1-2, 1-3, 3-5	10,67 9,36 8,77 9,59 10,92	2,58 2,58 2,61 2,70 1,80	7,906 0,000 0,548 1-2, 1-3, 1-4	9,78 8,81 8,51 8,36 9,23	1,69 1,66 1,67 1,59 1,16	8,328 0,000 0,009 1-2, 1-3, 3-5	6,31 5,83 5,54 5,72 6,07	0,92 0,90 0,97 0,88 0,27	15,16 0,000 0,026 1-2, 1-3, 1-4, 3-5	50,36 44,82 43,20 44,18 47,76	7,21 6,64 6,03 6,32 4,18
Son Doğumun İtibaren Geçen Süre	1 yıldan az 1 Yıldan fazla	t P	-1,18 0,236	21,19 21,65	3,24 3,84	-0,35 0,722	9,55 9,65	2,62 2,73	-0,89 0,369	8,88 9,05	1,73 1,71	-1,47 0,141	5,80 5,95	0,89 1,01	-1,14 0,253	45,42 46,33	6,79 7,38
Doğum Şekli yeterli bilgisi	Evet Hayır	t P	-1,79 0,073	21,14 21,87	3,55 3,46	-4,36 0,000	9,13 10,45	2,69 2,41	-4,18 0,000	8,66 9,48	1,79 1,44	-2,90 0,004	5,76 6,07	0,95 0,92	-3,96 0,000	44,70 47,89	7,11 6,54
En Son Doğum Yapılan Yer	Doğum Evi ⁽¹⁾ Üni. Hast ⁽²⁾ Özel Hastane ⁽³⁾	F P L	7,560 0,001 0,001 1-2	22,90 21,07 20,88	4,06 3,21 3,63	9,145 0,000 0,039 1-2, 1-3	10,84 9,25 9,44	2,31 2,61 2,89	2,860 0,059	9,40 8,87 8,73	1,63 1,66 1,99	5,884 0,003 0,647 1-2, 1-3	6,23 5,78 5,78	1,00 0,90 0,99	10,65 0,000 0,423 1-2, 1-3	49,36 44,99 45,83	7,16 6,59 7,57
Doğum için Hastanede Kalınan Süre	1 Gün ⁽¹⁾ 2 Gün ⁽²⁾ 3 Gün ⁽³⁾ 4 Gün ve Daha Fazla ⁽⁴⁾	F P L	13,73 0,000 0,000 1-2, 1-3, 3-4	23,17 20,68 20,20 22,18	4,19 3,10 2,61 2,59	10,28 0,000 0,096 1-2, 1-3	10,7 9,03 8,96 10,5	2,67 2,67 2,18 2,24	11,44 0,009 0,636 1-2, 1-3	9,42 8,76 8,61 9,22	1,78 1,75 1,46 1,57	10,72 0,000 0,297 1-2, 1-3	6,30 5,68 6,04 5,87	0,91 0,92 0,94 0,72	16,51 0,000 0,001 1-2, 1-3, 2-4, 3-4	49,62 44,17 43,04 47,95	7,79 6,48 5,31 5,25

Tablo 29, da katılımcıların obstetrik özellikleri ve SİM-KVDA ölçeği alt boyut puanları karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların gebe kalma sayısı ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KVDA ve algılanan engeller puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). SİM-KVDA puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri test sonucunda 2 kez gebe kalmış ($X=44,95$) olanların $3\geq$ gebe kalmış ($X=47,30$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Algılanan engeller puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan Post-Hoc testi sonucunda 3 kez gebe kalmış ($X=10,59$) olanların 1 kez gebe kalmış ($X=9,24$) ve 2 kez gebe kalmış ($X=9,14$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının gebe kalma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşayan çocuk sayıları ile SİM-KVDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı koymak için yapılan analiz sonucunda, algılanan engeller puanlarının istatistiksel olarak %95 güven aralığında anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=6,043, p<0,05$). Algılanan engeller alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan Post-Hoc testi sonucunda 1 çocuğa sahip ($X=9,16$) olanların 3 ve 3'ten fazla çocuğa sahip ($X=10,77$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ve alt boyutlarına ait puanlarının, son gebeliğin istenilen bir gebelik olması, gebelik sürecinde sorun yaşama ve gebelikte kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre analizi yapıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının doğum öncesi düzenli takip için başvurulmuş sağlık kurumu durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucunda, SİM-KVDA, algılanan faydalar, algılanan engeller ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların SİM-KVDA ölçeğinden aldıkları puanlara göre;

- Doğum öncesi düzenli takibini doğum evinde yaptırmış ($X=48,51$) olanların üniversite hastanesinde ($X=45,26$) ve özel doktor/hastanede ($X=44,34$) olanlardan;

- Algılanan faydalar puanlarına göre doğum öncesi düzenli takibini doğum evinde yaptırmış (X=22,14) olanların özel doktor/hastanede yaptırmış (X=20,62) olanlardan;

- Algılanan engeller puanlarına göre puanlara göre doğum öncesi düzenli takibini doğum evinde yaptırmış (X=10,57) olanların üniversite hastanesinde (X=9,37) ve özel doktor/hastanede (X=9,04) yaptırmış olanlardan;

- Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre doğum öncesi düzenli takibini doğum evinde yaptırmış (X=6,09) olanların özel doktor/hastanede yaptırmış (X=5,72) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Algılanan ciddiyet alt boyut puanlarının doğum öncesi düzenli takip için başvurulmuş sağlık kurumu durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının gebelik sürecinde doğum korkusu yaşama durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucunda, SİM-KVDA, algılanan faydalar ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının gebelik sürecinde doğum korkusu yaşamış (X=44,81) olanlar yaşamamış (X=46,80) olanlardan;

- Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının gebelik sürecinde doğum korkusu yaşamış (X=20,64) olanlar yaşamamış (X=21,83) olanlardan;

- Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının gebelik sürecinde doğum korkusu yaşamış (X=5,75) olanlar yaşamamış (X=5,98) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının gebe kalma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının gebeliğin oluşma durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucunda, SİM-KVDA, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Katılımcıların SİM-KVDA ölçeğinden aldıkları puanlara göre gebeliği kendiliğinden gerçekleştirmiş (X=46,21) olanların gebeliği ilaç tedavisi ile başlatılmış (X=42,38) olanlardan;

- Algılanan faydalar puanlarına göre gebeliği kendiliğinden gerçekleşmiş (X=21,53) olanların gebeliği ilaç tedavisi ile başlatılmış (X=20,19) olanlardan;
- Algılanan engeller puanlarına göre gebeliği kendiliğinden gerçekleşmiş (X=9,72) olanların gebeliği ilaç tedavisi ile başlatılmış (X=8,41) olanlardan;
- Algılanan ciddiyet puanlarına göre gebeliği kendiliğinden gerçekleşmiş (X=9,03) olanların gebeliği ilaç tedavisi ile başlatılmış (X=8,35) olanlardan;
- Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre gebeliği kendiliğinden gerçekleşmiş (X=5,93) olanların gebeliği ilaç tedavisi ile başlatılmış (X=5,41) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucunda, SİM-KVDA, algılanan engeller ve algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinmiş (X=45,12) olanlar bilgi edinmemiş (X=47,67) olanlardan;
- Algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinmiş (X=9,21) olanlar bilgi edinmemiş (X=10,58) olanlardan;
- Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinmiş (X=8,81) olanlar bilgi edinmemiş (X=9,31) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının gebe kalma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 30'da Katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özellikleri ve SİM-KVDA ölçeği alt boyutları karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ve alt boyutlarına ait puanlarının doğum şekli kararının alınma durumuna göre incelendiğinde, farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının son yapılan doğum şekli durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucunda, SİM-KVDA, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). SİM-KVDA

ölçeği ile ilgili puanlarının son doğumunda normal doğum yapmış ($X=50,50$) olanlar sezaryen doğum yapmış ($X=42,52$) olanlardan farklı olduğu saptanmış olup, alt boyutlar açısından da;

- Algılanan faydalar alt boyutu puanlarına göre normal doğum yapmış ($X=23,20$) olanlar sezaryen doğum yapmış ($X=20,08$) olanlardan;

- Algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre normal doğum yapmış ($X=11,11$) olanlar sezaryen doğum yapmış ($X=8,49$) olanlardan;

- Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre normal doğum yapmış ($X=9,76$) olanlar sezaryen doğum yapmış ($X=8,36$) olanlardan;

- Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre normal doğum yapmış ($X=6,27$) olanlar sezaryen doğum yapmış ($X=5,58$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının doğumdan sonra bebeğini emzirme durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucunda, SİM-KVDA, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). SİM-KVDA ve alt boyutları puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda, SİM-KVDA ölçeğinden aldıkları puanlarının; doğumdan hemen sonra bebeğini emziren gruptaki kadınların puanlarının ($X=50,36$), tüm gruplardan (ilk yarım saatte ($X=44,82$), yarım-1 saat arasında ($X=43,20$), daha geç ($X=44,18$) emzirenler) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

- Algılanan faydalar alt boyutu puanlarına göre bebeğini doğumdan hemen sonra emzirenler ($X=23,59$) bebeğini ilk yarım saat içinde emzirenlerden ($X=20,80$), yarım-1 saat arasında emzirenlerden ($X=20,38$), daha geç emzirenlerden ($X=20,50$);

- Algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre, bebeğini doğumdan hemen sonra emzirenler ($X=10,67$) bebeğini ilk yarım saat içinde emzirenlerden ($X=9,36$), bebeğini yarım-1 saat arasında emzirenlerden ($X=8,77$), yarım-1 saat arasında emzirenler ($X=8,77$) hiç emzirmeyenlerden ($X=10,92$);

- Algılanan ciddiyet alt boyutuna göre bebeğini hemen emzirenler ($X=9,78$) bebeğini yarım saat içinde emzirenlerden ($X=8,81$), yarım-1 saat arasında emzirenlerden ($X=8,51$), daha geç emzirenlerden ($X=8,36$);

- Harekete geçirciler alt boyutuna göre doğumdan sonra hemen emzirenler ($X=6,31$) ilk yarım saat içinde emzirenlerden ($X=5,83$), yarım-1 saat arasında emzirenlerden ($X=5,54$), yarım-1 saat arasında emzirenler ($X=5,54$) hiç emzirmeyenlerden ($X=6,07$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma durumuna göre farklılığının incelendiği analiz sonucuna göre, SİM-KVDA, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçirciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanlarının doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=44,70$) olanlar bilgi sahibi ($X=47,89$) olmayanlardan;

- Algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=9,13$) olanlar ($X=10,45$) olmayanlardan;

- Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=8,66$) olanlar bilgi sahibi ($X=9,48$) olmayanlardan;

- Harekete geçirciler alt boyutu puanlarına göre gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=5,76$) olanlar ($X=6,07$) olmayanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının gebe kalma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların en son doğum yapılan yer durumuna göre, SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanları karşılaştırıldığında; SİM-KVDA, algılanan faydalar, algılanan engeller ve harekete geçirciler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- SİM-KVDA puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda son doğumunu doğum evinde gerçekleştirmiş ($X=49,36$) olanların üniversite hastanesinde ($X=44,99$) ve özel hastanede gerçekleştirmiş ($X=45,83$) olanlardan;

- Algılanan faydalar alt boyutu puanlarına göre son doğumunu doğum evinde gerçekleştirmiş ($X=22,90$) olanların üniversite hastanesinde gerçekleştirmiş ($X=21,07$) olanlardan;

- Algılanan engeller alt boyutuna göre son doğumunu doğum evinde gerçekleştirmiş ($X=10,84$) olanlar üniversitede hastanesinde ($X=9,25$) ve özel hastanede ($X=9,44$) olanlardan;

- Harekete geçiriciler alt boyutuna göre son doğumunu doğum evinde ($X=6,23$) gerçekleştirmiş olanlar üniversite hastanesinde ($X=5,78$) ve özel hastanede ($X=5,78$) gerçekleştirmiş olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların algılanan ciddiyet alt boyut puanlarının son doğumu gerçekleştirdikleri yer durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların doğum için hastanede kalınan süre ye göre SİM-KVDA ölçeği ile ilgili puanları karşılaştırıldığında; SİM-KVDA, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Katılımcıların SİM-KVDA ölçeğinden aldıkları puanlara göre doğum için 1 gün hastanede kalmış ($X=49,62$) olanların 2 gün ($X=44,17$) ve özel 3 gün ($X=43,07$) kalmış olanlardan, 2 gün kalmış olanlar ($X=44,17$) 4 gün ve daha fazla kalmış ($X=47,95$) olanlardan ve 3 gün kalmış olanlar ($X=43,04$) 4 gün ve daha fazla kalmış ($X=47,95$) olanlardan;

- Algılanan faydalar puanlarına göre doğum için 1 gün hastanede kalmış ($X=23,17$) olanlar 2 gün ($X=20,68$) ve 3 gün ($X=20,20$) kalmış olanlardan, 3 gün kalmış olanlar ($X=20,20$) 4 gün ve daha fazla kalmış olanlardan ($X=22,18$);

- Algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre doğum için 1 gün kalmış ($X=10,71$) olanlar 2 gün ($X=9,03$) ve 3 gün ($X=8,96$) kalmış olanlardan; algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre doğum için 1 gün hastane kalmış ($X=9,42$) olanların 2 gün ($X=8,76$) ve 3 gün ($X=8,61$) kalmış olanlardan;

- Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre doğum için hastanede 1 gün kalmış ($X=6,30$) olanların 2 gün ($X=5,68$) ve 3 gün ($X=6,04$) kalmış olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SİM-KSDA Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler			Algılanan Faydalar			Algılanan Engeller			Algılanan Ciddiyet			Harekete Geçiriciler			Toplam						
				X	ss		X	ss		X	ss		X	ss		X	ss				
Yaş	18-22 Yaş ⁽¹⁾	F P L	4,027	19,84	5,62	1,589	8,80	1,44	1,025	22,92	8,63	4,336	4,26	0,82	2,104	55,84	15,13				
	23-27 Yaş ⁽²⁾		0,008	21,77	4,41		8,13	1,67		24,66	6,80		4,48	0,87		60,05	11,85				
	28-32 Yaş ⁽³⁾		0,164	23,01	4,95		9,07	1,65		25,44	7,42		4,79	1,02		62,33	13,05				
	33-37 Yaş ⁽⁴⁾		1-3,	22,69	3,80		8,57	2,09		24,14	7,64		4,35	1,05		59,76	12,45				
	38-43 Yaş ⁽⁵⁾		1-4																		
Eşin Yaş Durumu	18-22 Yaş ⁽¹⁾	F P L	3,506	20,84	5,17	1,650	8,97	1,63	0,869	24,58	7,45	2,550	4,43	0,94	1,619	58,84	13,60				
	23-27 Yaş ⁽²⁾		0,016	21,68	4,37		8,83	1,68		24,23	7,14		4,46	0,86		59,21	12,20				
	28-32 Yaş ⁽³⁾		0,482	22,80	4,86		9,32	1,75		25,81	7,66		4,80	1,08		62,75	13,04				
	33-37 Yaş ⁽⁴⁾		2-5	23,26	4,26		8,84	1,82		24,51	6,79		4,51	0,99		61,13	12,03				
	38 Yaştan Büyük ⁽⁵⁾																				
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	F P L	4,209	20,59	4,25	9,952	8,10	1,80	10,88	20,59	5,73	8,210	4,18	0,87	10,95	53,46	10,74				
	İlkokul ⁽²⁾		0,006	21,75	3,75		0,000	8,62		1,55	0,000		23,83	6,97		0,000	4,20	0,83	0,000	58,41	10,78
	Ortaokul ⁽³⁾		0,187	22,52	4,68		0,153	9,08		1,47	0,021		25,57	7,03		0,065	4,57	0,95	0,059	61,74	12,37
	Lise ⁽⁴⁾		2-4,	23,00	4,87		2-4,	9,44		1,74	2-4,		26,39	7,47		2-4,	4,82	0,98	2-4,	63,66	12,84
	Üniversite ⁽⁵⁾		2-5				2-5				2-5					2-5			2-5		
Evlilik Durumu	0-3 Yıl Arası ⁽¹⁾	F P L	1,050	21,60	4,67	0,258	8,98	1,65	1,613	24,54	7,32	0,852	4,47	0,85	0,691	59,61	12,80				
	4-8 Yıl Arası ⁽²⁾		0,351	22,28	4,93		9,05	1,66		25,40	7,58		4,63	0,98		61,38	13,10				
	9 Yıldan Fazla ⁽³⁾			22,26	4,29		8,89	1,90		23,71	6,82		4,51	1,04		59,79	12,14				
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur değil ⁽¹⁾	F P L	6,449	20,23	4,17	8,930	8,10	1,70	10,43	20,78	6,48	7,919	4,11	0,86	11,73	53,23	11,24				
	İlkokul ⁽²⁾		0,000	21,15	3,09		0,000	9,10		1,72	0,000		22,68	6,00		0,000	4,31	0,82	0,000	57,26	9,78
	Ortaokul ⁽³⁾		0,035	22,86	4,64		0,468	9,05		1,47	0,082		25,86	6,78		0,011	4,61	0,91	0,067	62,41	11,96
	Lise ⁽⁴⁾		2-4,	22,93	4,88		2-4,	9,36		1,77	2-4,		26,11	7,53		2-4,	4,76	0,99	2-4,	63,17	12,95
	Üniversite ⁽⁵⁾		2-5				2-5				2-5					2-5			2-5		

Meslek Durumu	Memur ⁽¹⁾ Sağlık Personeli ⁽²⁾ Öğretmen ⁽³⁾ Akademisyen* ⁽⁴⁾ İşçi ⁽⁵⁾ Serbest Meslek ⁽⁶⁾ Diğer ⁽⁷⁾	F P L	1,926 0,110	24,73 24,63 21,97	2,72 4,56 5,62	1,216 0,307	9,57 9,71 9,20	1,01 1,97 1,45	2,651 0,036 0,008 1-3	28,89 27,76 23,88	3,98 6,67 8,11	3,034 0,020 0,381 2-6	5,15 5,15 4,64	0,89 1,07 0,98	2,844 0,026 0,002 1-3	68,36 67,26 59,70	6,72 11,57 14,57
Çalışma Durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	t p	-3,43 0,001	21,41 23,18	4,35 4,89	-2,58 0,010	8,76 9,25	1,72 1,70	-2,52 0,012	23,76 25,80	7,26 7,26	-4,85 0,000	4,32 4,83	0,90 0,98	-3,44 0,001	58,26 63,07	12,23 12,88
Gelir Düzeyi Durumu	Gelir Giderden Düşük ⁽¹⁾ Gelir Gidere Denk ⁽²⁾ Gelir Giderden Fazla ⁽³⁾	F P L	0,275 0,760	22,52 22,00 22,37	3,62 4,71 4,81	4,632 0,010 0,246 2-3	8,52 8,70 9,25	2,12 1,65 1,69	5,690 0,004 0,018 2-3	23,73 23,11 25,92	6,58 6,42 7,78	2,827 0,061 0,968	4,34 4,43 4,67	0,98 1,00 0,94	3,719 0,025 0,113 2-3	59,13 58,25 62,22	11,98 11,90 13,19
Yaşanılan Yer Durumu	Köy ⁽¹⁾ Kasaba* ⁽²⁾ İlçe ⁽³⁾ İl ⁽⁴⁾	F P L	2,322 0,100	20,38 22,27 22,50	4,75 4,26 4,93	6,785 0,001 0,859 1-4 3-4	8,30 8,68 9,26	1,82 1,66 1,69	3,462 0,033 0,031 1-3, 1-4	21,19 24,65 25,22	6,17 6,87 7,71	10,66 0,000 0,044 1-4 3-4	4,11 4,33 4,77	0,95 0,86 1,00	4,487 0,000 0,012 1-4	54,00 59,94 61,80	11,62 11,63 13,40
Aile Tipi Durumu	Çekirdek aile ⁽¹⁾ Geniş Aile ⁽²⁾ Parçalanmış Aile* ⁽³⁾	t p	2,190 0,029	22,46 20,76	4,71 4,50	1,463 0,145	9,05 8,64	1,71 1,72	2,397 0,017	25,08 22,19	7,31 7,18	3,799 0,000	4,64 4,04	0,96 0,85	2,675 0,008	61,25 55,64	12,74 12,14

Tablo 31'a göre katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların yaş durumu ile SİM-KSDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KSDA algılanan faydalar ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Katılımcıların SİM-KSDA ölçeğinden aldıkları puanlara göre “38-43 yaş arası ($n=1$)” seçeneği yeterli örneklem sayısına ulaşamadığı için analize dahil edilmemiştir.;

-Algılanan faydalar ve harekete geçiriciler puanlarına göre 18-22 yaş arasında ($X=19,84$) olanların 28-32 yaş arasında ($X=23,01$) ve 33-37 yaş arasında ($X=22,69$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir;

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupları sonucuna göre 28-32 yaş arasında ($X=4,79$) olanlar 33-37 yaş arasında ($X=4,35$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir;

-Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının yaş durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcı eşlerinin yaş durumuna göre SİM-KSDA ölçeği ile yapılan analizi sonucunda; algılanan faydalar alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Bu grupta yer alan “18-22 yaş arası katılımcı sayısı ($n=5$)” seçeneği yeterli örneklem sayısına ulaşamadığı için analize dahil edilmemiştir;

-Algılanan faydalar puanlarına göre eşinin yaşı 23-27 arasında ($X=20,84$) olanların 38'den büyük ($X=23,26$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir; Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının eşin yaş durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyine ile SİM-KSDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda; SİM-KSDA algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda ilkokul mezunu ($X=58,41$) olanların lise ($X=61,74$) ve üniversite ($X=63,66$) mezunu olanlardan;

-Algılanan faydalar alt boyutuna göre ilkokul mezunu ($X=20,59$) olanların lise ($X=22,52$) ve üniversite ($X=23,00$) mezunu olanlardan;

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre ilkokul mezunu ($X=8,10$) olanların lise ($X=9,08$) ve üniversite ($X=9,44$) mezunu olanlardan;

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre ilkokul mezunu ($X=20,59$) olanların lise ($X=25,57$) ve üniversite ($X=26,39$) mezunu olanlardan;

Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının ilkokul mezunu ($X=4,18$) olanların lise ($X=4,57$) ve üniversite ($X=4,82$) mezunu olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eşin eğitim düzeyi ile SİM-KSDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KSDA, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA, puanlarının farklılaştığı gurupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda eşin eğitim düzeyi ilkokul ($X=53,23$) olanların lise ($X=62,41$) ve üniversite ($X=63,17$) olanlardan;

- algılanan faydalar alt boyutuna göre ilkokul ($X=20,23$) olanların lise ($X=22,86$) ve üniversite ($X=22,93$) olanlardan;

-algılanan engeller alt boyutu puanlarına göre ilkokul ($X=8,10$) olanların lise ($X=9,05$) ve üniversite ($X=9,36$) olanlardan;

- algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarına göre ilkokul ($X=20,78$) olanların lise ($X=25,86$) ve üniversite ($X=26,11$) olanlardan;

- harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının ilkokul ($X=4,11$) olanların lise ($X=4,61$) ve üniversite ($X=4,76$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarına ait puanlarının evli olma yılı durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre SİM-KSDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, SİM-KSDA ve

algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA ölçeği puanlarının çalışmayanların ($X=58,26$) çalışanlardan ($63,07$); algılanan faydalar alt boyutu puanlarının çalışmayanların ($X=21,41$) çalışanlardan ($X=23,18$); algılanan engeller alt boyutu puanlarının çalışmayanların ($X=8,76$) çalışanlardan ($X=9,25$); algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının çalışmayanların ($X=23,76$) çalışanlardan ($X=25,80$); harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının çalışmayanların ($X=4,32$) çalışanlardan ($X=4,83$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslek durumu ile SİM-KSDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analizi sonucunda, SİM-KSDA, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda, memur ($X=28,89$) olanların öğretmen ($X=23,88$) olanlardan; harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının sağlık personeli ($X=5,15$) olanların serbest meslek ($X=4,84$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Katılımcıların SİM-KSDA ölçeği ve diğer alt boyut puanlarının meslek durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyi ile SİM-KSDA ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılığı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, algılanan engeller ve algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan engeller ve algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda gelir gidere denk ($X=58,25$) olanların geliri giderden fazla ($X=62,22$) olanlardan,

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının gelir gidere denk ($X=8,70$) olanların geliri giderden fazla ($X=9,25$) olanlardan,

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının gelir gidere denk ($X=23,11$) olanların geliri giderden fazla ($X=25,92$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit

edilmiştir. Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşanılan yer durumu ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda köyde yaşayanların ($X=54,00$) ilde yaşayanlardan ($X=61,80$),

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının köyde yaşayanların ($X=8,30$) ilde yaşayanlardan ($X=9,26$), ilçede yaşayanların ($X=8,68$) ilde yaşayanlardan ($X=9,26$),

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının köyde yaşayanların ($X=21,19$) ilçede ($X=24,65$) ve ilde yaşayanlardan ($X=25,22$),

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının köyde yaşayanların ($X=4,11$) ilçede ($X=4,33$) ve ilde yaşayanlardan ($X=4,77$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların algılanan faydalar alt boyut puanlarının yaşanılan yer durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların aile tipi ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- SİM-KSDA ölçeği puanlarının aile tipi çekirdek aile ($X=61,25$) olanların geniş aile ($X=55,64$) olanlardan,

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının aile tipi çekirdek aile ($X=22,46$) olanların geniş aile ($X=20,76$) olanlardan,

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının aile tipi çekirdek aile ($X=25,08$) olanların geniş aile ($X=22,19$) olanlardan,

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının aile tipi çekirdek aile ($X=4,64$) olanların geniş aile ($X=4,04$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların algılanan engeller alt boyut puanlarının aile tipine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 32. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre SİM-KSDA Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler			Algılanan Faydalar			Algılanan Engeller			Algılanan Ciddiyet			Harekete Geçiriciler			Toplam		
				X	ss		X	ss		X	ss		X	ss		X	ss
Gebe Kalma Sayısı	1 Kez ⁽¹⁾	F	4,57	21,75	4,76	3,893	9,24	1,62	9,461	25,21	7,15	2,650	4,62	0,88	7,463	60,83	12,47
	2 Kez ⁽²⁾	p	7	23,30	4,79	0,021	9,06	1,66	0,000	26,36	7,40	0,072	4,66	0,98	0,001	63,39	12,82
	3 ve 3'ten fazla ⁽³⁾	L	0,01	21,58	4,29	0,413	8,59	1,88	0,654	22,12	6,79		4,37	1,04	0,705	56,68	12,13
			1 0,43 6			1-3			1-3, 2-3						1-3, 2-3		
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 Çocuk ⁽¹⁾	F	0,36	22,20	5,08	4,293	9,26	1,68	3,573	25,40	7,28	7,892	4,61	0,91	2,804	61,49	13,04
	2 Çocuk ⁽²⁾	p	3	22,43	4,33	0,014	8,82	1,74	0,029	24,71	7,51	0,000	4,66	1,00	0,062	60,64	12,58
	3 ve 3'ten Fazla ⁽³⁾	L	0,69	21,69	4,34	0,908	8,47	1,71	0,126	21,80	6,19	0,099	3,97	0,94	0,099	55,94	11,38
			6			1-3			1-3			1-3, 2-3					
Son Gebeliğin Planlı / İstenilen Gebelik olma Durumu	Evet	t	-0,97	22,14	4,67	2,426	9,08	1,70	1,032	24,88	7,34	1,810	4,60	0,95	0,700	60,72	12,75
	Hayır	p	0,33	22,88	4,82	0,016	8,40	1,80	0,303	23,65	7,18	0,071	4,31	1,09	0,484	59,27	12,75
Doğum Öncesi Düzenli Takibi için Başvurulan Sağlık Kurumu	Sağlık Ocağı ⁽¹⁾	F	2,07	23,35	6,30	2,072	8,92	2,84	9,349	24,35	7,03	4,399	4,85	1,29	7,622	61,50	14,28
	Doğum Evi ⁽²⁾	p	2	20,92	4,38	0,104	8,57	1,57	0,000	21,50	6,59	0,005	4,26	0,94	0,000	55,26	11,50
	Üniversite ⁽³⁾	L	0,01	22,15	4,41		9,17	1,78	0,534	24,89	7,36	0,291	4,55	0,93	0,466	60,78	12,68
	Özel Doktor/ Hastane ⁽⁴⁾		2 0,20	23,12	4,67		9,10	1,55	2-3, 2-4	27,10	7,040	2-4	4,75	0,94	2-3, 2-4	64,08	12,24
Gebelik Sürecinde Doğum korkusu Yaşama Durumu	Evet	t	-0,68	22,06	4,32	-0,19	8,97	1,73	0,927	25,10	6,64	-1,10	4,50	0,93	0,171	60,64	11,62
	Hayır	p	0,49	22,41	5,02	0,846	9,01	1,73	0,355	24,35	7,92	0,271	4,62	1,01	0,864	60,40	13,75
Gebeliğin Oluşma Durumu	Kendiliğinden ⁽¹⁾	t	-1,03	22,14	4,80	-0,76	8,94	1,71	-2,38	24,35	7,31	-1,35	4,52	0,97	-1,95	59,96	12,77
	İlaç Tedavisi İle ⁽²⁾ Tüp Bebek Yöntemi ile* ⁽³⁾	p	0,30	23,06	3,74	0,447	9,19	1,92	0,018	27,64	7,27	0,178	4,77	0,84	0,051	64,67	12,28
Gebelikte Sorun Yaşama Durumu	Evet	t	-0,26	22,17	4,37	-1,54	8,84	1,84	-0,37	24,56	7,05	-1,08	4,50	0,95	-0,60	60,09	12,29
	Hayır	p	0,79	22,31	5,00	0,124	9,14	1,61	0,711	24,87	7,61	0,280	4,62	0,99	0,548	60,95	13,21
Gebelikte Kronik Rahatsızlığa Sahip Olma Durumu	Evet	t	1,15	22,72	4,28	-4,24	8,36	1,97	0,991	25,35	7,03	0,688	4,62	0,94	0,483	61,06	12,37
	Hayır	p	0,25	22,05	4,84	0,000	9,24	1,55	0,322	24,46	7,43	0,492	4,54	0,98	0,629	60,30	12,92
			0														

Tablo 33. Katılımcıların Son Doğumlarına İlişkin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre SİM-KSDA Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların Son Doğumlarına İlişkin Bazı Obstetrik Özellikler		t	Algılanan Faydalar			Algılanan Engeller			Algılanan Ciddiyet			Harekete Geçiriciler			Toplam		
			X	ss	X	ss	X	ss	X	ss	X	ss	X	ss			
Gebelik Süresinde Doğum Şekilleri	Evet Hayır	t p	2,670 0,008	22,67 21,14	4,68 4,55	1,966 0,051	9,11 8,69	1,67 1,84	3,155 0,002	25,51 22,69	7,12 4,49	1,959 0,051	4,63 4,39	1,00 0,89	3,223 0,001	61,93 56,92	12,40 12,99
Doğum Şeklinin Kararının Alınma Durumu	Kendim ⁽¹⁾	F P L	1,007 0,366	23,02	4,36	4,805	9,53	1,56	1,988 0,139	25,67	7,14	0,650 0,523	4,60	0,97	2,249 0,107	62,83	12,05
	Doktorum ⁽²⁾			21,89	4,78	0,009	8,69	1,71		23,80	6,98		4,49	0,92		58,89	12,59
	Doktorum ⁽³⁾			22,32	4,70	0,899	9,12	1,74		25,33	7,68		4,62	1,03		61,41	12,97
	Ben ve Eşim* ⁽⁴⁾					1-2											
Son Yapılan Doğumun Şekli	Normal Doğum Sezaryen Doğum	t p	-9,66 0,000	19,64 24,14	4,42 3,91	-4,34 0,000	8,51 9,34	1,60 1,74	-12,47 0,000	19,83 28,29	6,12 5,95	-7,53 0,000	4,12 4,88	0,80 0,96	-12,2 0,000	52,13 66,67	10,80 10,35
Doğumdan Sonra Bebeği Emzirme Durumu	Hemen Sonra ⁽¹⁾	F P L	11,28 0,000 0,006	19,89	5,11	4,184	8,72	1,61	10,90 0,000 0,046	20,89	7,70	2,798 0,026 0,029 0,029 1-2	4,30	0,97	12,33 0,000 0,004 1-2, 1-3, 2-5, 3-5	53,80	13,39
	İlk Yarım Saatte ⁽²⁾			22,96	4,67		9,20	1,77		25,81	6,99		4,69	0,97		62,67	12,21
	Yarım-1 Saat Sonra ⁽³⁾			23,92	3,93		9,31	1,64		27,27	6,21		4,68	0,98		65,19	10,81
	Daha Geç ⁽⁴⁾			21,77	3,19		8,22	2,06		24,22	7,65		4,59	1,00		58,81	12,31
	Hiç Emzirmedi ⁽⁵⁾			19,61	1,44		7,92	1,25		21,84	3,50		4,23	0,43		53,61	4,09
Son Doğumdan İtibaren Geçen Süre	1 yıldan az 1 Yıldan fazla	t p	-1,70 0,088	21,84 22,73	4,38 5,01	-0,38 0,704	8,96 9,03	1,67 1,79	-0,47 0,634	24,54 24,93	7,43 7,21	-2,29 0,022	4,45 4,70	0,97 0,96	-1,12 0,260	59,79 61,40	12,69 12,81
Doğum Şekilleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu	Evet Hayır	t p	3,506 0,001	22,91 21,03	4,56 4,71	3,425 0,001	9,23 8,55	1,73 1,65	3,393 0,001	25,72 22,88	7,09 7,42	3,254 0,001	4,69 4,33	1,02 0,83	3,979 0,000	62,56 56,80	12,30 12,76
En Son Doğum Yapılan Yer Durumu	Doğum Evi ⁽¹⁾	F P L	4,397 0,013 0,259 1-3	20,96	4,81	1,978 0,140	8,64	1,93	12,09 0,000 0,312 1-2, 1-3	21,12	6,62	4,521 0,012 0,965 1-3, 2-3	4,37	1,01	9,604 0,000 0,591 1-2, 1-3	55,10	11,89
	Üniversite Hastanesi ⁽²⁾			22,32	4,42		9,03	1,69		25,18	7,18		4,53	0,94		61,08	12,43
	Özel Hastane ⁽³⁾			23,51	5,26		9,25	1,59		27,28	7,23		4,90	0,99		64,96	13,00
Doğum için Hastanede Kalınan Süre	1 Gün ⁽¹⁾	F P L	8,829 0,000 0,152	20,30	5,28	2,716	8,82	1,69	13,53 0,000 0,413 1-2, 1-3	21,13	7,33	3,493 0,016 0,455 3-4	4,43	0,95	12,15 0,000 0,307 1-2, 1-3	54,70	13,41
	2 Gün ⁽²⁾			23,22	4,31		9,20	1,71		26,43	6,98		4,59	0,96		63,45	11,81
	3 Gün ⁽³⁾			23,10	4,22		9,05	1,51		26,74	6,72		4,83	1,00		63,72	11,66
	4 Gün ve Daha Fazla ⁽⁴⁾			21,40	3,26		8,18	2,26		22,59	5,24		4,13	0,94		56,31	9,76

Tablo 32'a göre katılımcıların obstetrik özelliklerine göre SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların gebe kalma sayısı ile SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller ve algılanan ciddiye alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak %95 güven aralığında anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA, algılanan engeller ve algılanan ciddiye puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda SİM-KSDA ölçeği puanlarının 3 ve 3'ten fazla gebe kalmış ($X=56,68$) olanların 1 kez ($X=60,83$) ve 2 kez ($X=63,39$) gebe kalmış olanlardan,

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının 3 ve 3'ten fazla gebe kalmış ($X=8,59$) olanların 1 kez ($X=9,24$) olanlardan,

-Algılanan ciddiye alt boyutu puanlarının 3 ve 3'ten fazla gebe kalmış ($X=22,12$) olanların 1 kez ($X=25,21$) ve 2 kez ($X=26,36$) gebe kalmış olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının gebe kalma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ile SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller, algılanan ciddiye ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Algılanan engeller, algılanan ciddiye ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda; algılanan engeller alt boyutu puanlarının 1 çocuğa sahip ($X=9,26$) olanların 3 ve 3'ten fazla çocuğa sahip ($X=8,47$) olanlardan,

-Algılanan ciddiye alt boyutu puanlarının 1 çocuğa sahip ($X=25,40$) olanların 3 ve 3'ten fazla çocuğa sahip ($X=21,80$) olanlardan,

- Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının 3 ve 3'ten fazla çocuğa sahip ($X=3,97$) olanların 1 çocuğa sahip ($X=4,61$) ve 2 çocuğa sahip ($X=4,66$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Katılımcıların SİM-KSDA ölçeği ve algılanan faydalar alt boyut puanlarının sahip olunan çocuk sayısı durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların son gebeliğinin planlı/istenilen gebelik olması durumu ile SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan engeller alt puanlarının son gebeliğin planlı/istenilen gebelik olanların ($X=9,08$) olamayanlardan ($X=8,40$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının son gebeliğin planlı/istenilen gebelik olması durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların doğum öncesi düzenli takip durumları ile SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; doğum öncesi düzenli takipte bulunmayanlar ($n=8$) yeterli örneklem sayısına ulaşamadığından değerlendirilememiştir.

Katılımcıların doğum öncesi düzenli takip için başvurulan sağlık kuruluşu ile SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan faydalar, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda SİM-KSDA ölçeği puanlarının doğum öncesi düzenli kontrollerini doğum evinde yaptıranların ($X=55,26$) üniversite hastanesinde ($X=60,78$) ve özel doktor/hastanede ($X=64,08$) yaptıranlardan,

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının doğum öncesi düzenli kontrollerini doğum evinde yaptıranların ($X=20,92$) özel doktor/hastanede ($X=23,12$) yaptıranlardan,

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının doğum öncesi düzenli kontrollerini doğum evinde yaptıranların ($X=21,50$) üniversite hastanesinde ($X=24,89$) ve özel doktor/hastanede ($X=27,10$) yaptıranlardan,

-Harekete geçirciler alt boyutu puanlarının doğum öncesi düzenli kontrollerini doğum evinde yaptırılanların ($X=4,26$) özel doktor/hastanede ($X=4,75$) yaptırılardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Katılımcıların diğer alt boyut puanlarının doğum öncesi düzenli takip için başvurulmuş sağlık kuruluşu durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gebelik sürecinde doğum korkusu yaşama durumları ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarına ait puanlarının gebelik sürecinde doğum korkusu yaşama durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gebeliğin oluşma durumu ile SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan ciddiyet puanlarına göre gebeliği kendiliğinden gerçekleştirenlerin ($X=24,35$) ilaç tedavisi ile gerçekleştirenlerden ($X=27,64$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir, diğer alt boyut puanlarının gebeliğin oluşma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gebelikte sorun yaşama durumları ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gebelikte kronik bir rahatsızlığa sahip olma ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan engeller alt puanlarına göre gebelikte kronik rahatsızlığa sahip olanların ($X=8,36$) olmayanlardan ($X=9,24$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir, diğer alt boyut puanlarının gebelikte kronik rahatsızlığa sahip olma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 33'e göre katılımcıların son doğumlarına ilişkin bazı obstetrik özelliklerine göre SİM-KSDA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanları karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların gebelik süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumları ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar ve algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA ölçeği puanlarının gebelik süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edinenlerin ($X=61,93$) edinmeyenlerden ($X=56,92$),

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının gebelik süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edinenlerin ($X=22,67$) edinmeyenlerden ($X=21,14$),

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının gebelik süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edinenlerin ($X=25,51$) edinmeyenlerden ($X=22,69$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Diğer alt boyut puanlarının gebelik süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların doğum şekli kararının alınma durumu ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda algılanan engeller alt boyutu puanlarının doğum şekline kendisi karar verenlerin ($X=9,53$) doktoru karar verenlerden ($X=8,69$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Diğer alt boyut puanlarının doğum şeklinin kararının alınma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların son yapılan doğum şekli ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA ölçeği puanlarının en son doğum şekli normal doğum ($X=52,13$) olanların sezaryen doğum ($X= 66,67$) olanlardan,

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının en son doğum şekli normal doğum ($X=19,64$) olanların sezaryen doğum ($X= 24,14$) olanlardan,

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının en son doğum şekli normal doğum ($X=8,51$) olanların sezaryen doğum ($X= 9,34$) olanlardan,

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının en son doğum şekli normal doğum ($X=19,83$) olanların sezaryen doğum ($X= 28,29$) olanlardan,

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının en son doğum şekli normal doğum ($X=4,12$) olanların sezaryen doğum ($X= 4,88$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların doğumdan sonra bebeği emzirme durumları ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA ölçeği puanlarının çocuğunu doğumdan hemen sonra emzirenlerin ($X=53,80$) ilk yarım saat içinde ($X=62,67$) ve yarım saat-1 saat arasında ($X=65,19$) emzirenlerden, çocuğunu ilk yarım saat içinde emzirenlerin ($X=62,67$) hiç emzirmeyenlerden ($X=53,61$), çocuğunu yarım-1 saat arasında emzirenler ($X=65,19$) çocuğunu hiç emzirmeyenlerden ($X=53,61$),

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının çocuğunu doğumdan hemen sonra emzirenlerin ($X=19,89$) ilk yarım saat içinde ($X=22,96$) ve yarım -1 saat arasında ($X=23,92$) emzirenlerden, ilk yarım saat içinde emzirenlerin ($X=22,96$) hiç emzirmeyenlerden ($X=19,61$), çocuğunu yarım-1 saat arasına emzirenlerin ($X=23,92$) hiç emzirmeyenlerden ($X=19,61$),

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının çocuğunu yarım-1 saat arasında emzirenlerin ($X=9,31$) hiç emzirmeyenlerden ($X=7,92$),4

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının çocuğunu doğumdan hemen sonra emzirenlerin ($X=20,89$) ilk yarım saat içinde ($X=25,81$) ve yarım saat-1 saat arasında ($X=27,27$) emzirenlerden, çocuğunu ilk yarım saat içinde emzirenlerin ($X=25,81$) hiç emzirmeyenlerden ($X=21,84$), çocuğunu yarım-1 saat arasında emzirenler ($X=27,27$) çocuğunu hiç emzirmeyenlerden ($X=21,84$),

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının çocuğunu doğumdan hemen sonra emzirenlerin ($X=4,30$) çocuğunu ilk yarım saat içinde ($X=4,69$) emzirenlerden anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların son doğumlarından itibaren geçen süre ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının son doğumundan itibaren 1 yıldan az geçmiş ($X=4,45$) olanların 1 yıldan fazla ($X=4,70$) olanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir, diğer alt boyut puanlarının son doğumdan itibaren geçen süreye göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA ölçeği puanlarının doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=62,56$) olmayanlardan ($X=56,80$),

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=22,91$) olmayanlardan ($X=21,03$),

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=9,23$) olmayanlardan ($X=8,55$)

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=25,72$) olmayanlardan ($X=22,88$),

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi ($X=4,69$) olmayanlardan ($X=4,33$) anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların en son doğum yar durumu ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan faydalar, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

-SİM-KSDA, algılanan faydalar, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda SİM-KSDA ölçeği puanlarının en son doğumunu doğum evinde yapanlar ($X=55,10$) üniversite hastanesinde ($X=61,08$) ve özel hastanede ($X=64,96$) yapanlardan,

-Algılanan faydalar alt boyutu puanlarının en son doğumunu doğum evinde yapanlar (X=20,96) özel hastanede (X=23,51) yapanlardan,

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının en son doğumunu doğum evinde yapanlar (X=21,12) üniversite hastanesinde (X=25,18) ve özel hastanede (X=27,28) yapanlardan,

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının özel hastanede (X=4,90) yapanların doğum evinde (X=4,37) ve üniversite hastanesinde (X=4,53) yapanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Algılanan engeller alt boyut puanlarının doğum şeklinin kararının alınma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların doğum için hastanede kalınan süre durumu ve SİM-KSDA ölçeği ile ilgili puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

SİM-KSDA ölçeği, algılanan engeller, algılanan ciddiyet ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının farklılaştığı grupların tespiti için yapılan ileri analiz sonucunda doğum için 1 gün hastanede kalanların (X=54,70) 2 gün (X=63,75) ve 3 gün (X=63,72) kalanlardan,

-Algılanan engeller alt boyutu puanlarının doğum için hastanede 2 gün (X=9,20) kalanların 4 gün ve daha fazla (X=8,18) kalanlardan,

-Algılanan ciddiyet alt boyutu puanlarının doğum için hastanede 1 gün (X=21,13) kalanların 2 gün (X=26,43) ve 3 gün (X=26,74) kalanlardan,

-Harekete geçiriciler alt boyutu puanlarının doğum için hastanede 3 gün (X=4,83) kalanların 4 gün ve daha fazla (X=4,13) kalanlardan anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir.

-Katılımcıların algılanan faydalar alt boyut puanlarının doğum için hastanede kalınan süre durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Sezaryen doğum şeklini tercih eden kadınların oranı sadece ülkemizde değil dünya genelinde de hızlı bir artış göstermektedir. Bu çalışmada, Loke ve ark (2015)'nın kadınların doğum şekli tercihlerinin belirlenmesinde kullandıkları Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmış olup, Sağlık İnanç Modeli ile kadınların doğum şekli tercihini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu kapsamda Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Polikliniğinde Mayıs 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında kontrol veya muayeneleri gerçekleştirilen kadınlarından en az bir kere doğum yapmış 324 kadın üzerinde araştırma gerçekleştirilmiş ve kadınların doğum ve doğum şekilleri ile ilgili duygu, düşünce ve beklentilerini tespit etme amacı güdülmüştür.

5.1. Kadınların Doğum Tercihlerini Etkileyen Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

5.1.1. Yaş ve Eşin Yaşı

Literatürde yaşın ilerlemesi sonucu, malprezantasyon, iri bebek, ilerlemeyen eylem, preeklemsi, fetal distres, plasenta previa gibi sezaryen risklerinin yükseldiği belirtilmektedir (Liu ve ark. 2014). Ayrıca, birçok çalışmada yaş arttıkça sezaryen tercih oranlarının da arttığı bildirilmektedir (Gözükara & Eroğlu, 2008; Sayiner ve ark, 2009). Bulguların tersine çalışmamızda yaş ve eşin yaşı ile doğum şekli tercihleri arasında ilişki saptanmamıştır. Ayrıca anne yaşı ile sezaryen doğum tercihi arasında doğrusal bir ilişkinin tespit edildiği çalışmalar da bulunmaktadır (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Hobek Akarsu ve Mucuk, 2014). Ergöl ve Kürtüncü (2014)'ün çalışmasında bizim çalışmamızla paralel olarak yaş ve doğum şekli tercihi arasında ilişki bulunmamıştır.

5.1.2. Eğitim ve Çalışma Durumu

Kadının eğitim seviyesi ve çalışma hayatındaki etkinliği sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi ve davranış kazanmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Aktaş ve Gökgöz (2015)'ün çalışmasında kadınların eğitim düzeyi arttıkça sezaryen doğumu daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalara göre kadınların eğitim seviyelerindeki artış durumunda sezaryen doğumu tercih etme dağılımında da artış olduğu belirlenmiştir (Rebelo ve ark. 2010; Kasai ve ark.,2010; Maharlouei ve ark.,2013). Çalışmamızda, literatürle aynı şekilde eğitim durumu yükseldikçe sezaryen operasyonların oranlarının yukarı doğru ilerlediği belirlenmiştir. Bununla beraber başka çalışmalarda kadınların doğum şekli tercihleri ile onların eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Angeja ve ark., 2006; Coşar ve Demirci, 2012; Şahin ve ark. 2013). Eğitim seviyesi yüksek kadınların, sağlık hizmetlerine daha çok ulaşabildiği bilinmektedir. Bu durumda eğitilmiş kadınların daha az ağrılı, daha fazla konforlu ve güvenli bir yöntem olarak sezaryen doğum yöntemini düşündükleri sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda kadınların doğum şekli tercihlerinin eşin eğitim düzeyine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre eşinin eğitim seviyesi ilkökul olanların normal doğumu, eşinin eğitim seviyesi üniversite olanların sezaryen doğumu tercih ettikleri ifade edilebilir (Tablo 23). Bu durumun gerekçesi olarak kadınların eğitim seviyesi ile sezaryen doğum oranları arasında kurulan bağlantıya benzer sebepler gösterilebilir (Rebelo ve ark. 2010; Kasai ve ark.,2010; Maharlouei ve ark.,2013).

Çalışmamızda kadının çalışma hayatındaki etkinliği ile doğum şekli tercihleri arasında bir etkileşim saptanmamıştır (Tablo 23). Dinç (2015)'in çalışmasında da, kadınların çalışma durumlarının doğum tercihleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Ancak, Yılmaz ve ark (2013)'ün çalışmasında, çalışan kadınlarda sezaryen operasyon isteyenlerin oranları daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizdeki belirlenen farklı sonuçların bölgesel farklılıklardan ileri geldiği düşünülmektedir.

5.1.3. Gelir Durumu

Gelir durumunun iyi olması, sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıran ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen bir faktördür. Bektaş (2008)'in çalışmasında katılımcıların gelir seviyesi geliri giderden az olanlardan %14'ü sezaryen doğumu tercih edeceğini belirtirken, geliri giderden fazla olanların %39'unun sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Yaşar ve ark. (2007)'nin çalışmasında kadınların ya da ailenin ekonomik seviyesinin yükselmesi sezaryen doğum şekli tercihini de arttırdığı ortaya koyulmuştur. Dinç (2018)'in çalışmasında gelir seviyesi düşük olanların sezaryen doğumun maliyetlerinden kaçınmak için normal doğuma yöneldikleri ifade edilmiştir. Çalışmamızda da geliri giderden fazla olan katılımcıların çoğunluğu olası bir sonraki doğumlarında sezaryen doğumu tercih edeceklerini ifade etmişlerdir (Tablo 23). Bu durumun sebebi olarak gelir durumu düşük kadınlar için sezaryen doğum maliyetinin yüksek olması onların vajinal doğumu daha fazla tercih etmelerine sebep olacağını düşündürmektedir.

5.1.4. Aile Tipi ve Yaşanılan Yer

Çalışmamızda yaşanılan yerin doğum şekli tercihinde etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 23). Dinç (2018)'in çalışmasında gebeler yaşadıkları yer durumuna göre incelendiğinde, kırsal bölgede yaşayanların kentte yaşayanlara göre vajinal doğumu tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiş ve gerekçe olarak da kentte yaşayan kadınların sezaryen doğuma ulaşma olanaklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız Dinç'in çalışmasındaki bulgulara paraleldir. Ülkemizde Mersin ilinde yapılan bir çalışmada yaşamının çoğunu şehir merkezinde geçirenlerde CS oranı %54,7 iken, kırsalda geçirenlerde %40,9 olarak bulunmuştur (Öner ve Koçaş, 2016). Şehirde yaşayanların sezaryen doğum oranlarının yüksek olması, muhtemelen şehir kültürünün kadınları sezaryen doğum şekline daha çok teşvik ediyor olmasından ve hastane hizmetlerine daha kolay ulaşılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Eroğlu ve Gözükara (2008)'nin çalışmasında geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek ailede yaşayanlara nazaran daha fazla vajinal doğumu tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Dinç (2018)'in çalışmasında da geniş ailede yaşayanların

vajinal doğumu tercih ettikleri bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre geniş ailelerin daha gelenekselci bir yapıda olmalarından dolayı sezaryen doğuma karşı bir önyargılarının olması şeklinde ifade edilebilir. Bu bulguların aksine çalışmamızda kadınların doğum şekli tercihlerinin aile tipi ve evlilik süresi arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 23).

5.2. Kadınların Doğum Tercihlerini Etkileyen Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

5.2.1. Gebe Kalma Sayısı ve Canlı Çocuk Sayısı

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların gebe kalma sayıları incelendiğinde; %36,4'ü 1 kez, % 34,9'u 2 kez, % 28,7'i 3 ve 3'ten fazla kez gebe kalmışlardır. Literatürde paritenin doğum tercihi üzerine etkisi tartışmalıdır. Canbal ve ark (2014) tarafından yapılan araştırmada, ailelerin çocuk sayısının ve paritenin yükselmesi ile sezaryen operasyon yüzdesinin arttığı saptanmıştır. Sayiner ve ark (2009) çalışmalarında primipar kadınlarda sezaryen operasyon tercih edenlerin oranının vajinal doğuma oranla 2 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulguların tersine bizim çalışmamızda ise paritenin kadınların doğum tercihleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Canbal ve ark. (2014)'nın yapmış olduğu çalışmada sahip olunan çocuk sayısının kadınların doğum şekli tercihinde etkin olduğu ve çocuk sayısındaki yükselme sonucu sezaryen doğum tercihi oranının da yükseldiği tespit edilmiştir. Sıkar ve ark. (2013)'nin çalışmasındaysa çocuk sayısının doğum şekli tercihinde etken bir rol oynamadığı saptanmıştır. Yakut (2015)'un çalışmasında çocuk sayısı ile doğum şekli tercihi arasında bir farklılık elde edilmemiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar Sıkar ve ark (2013) ve Yakut (2015) 'un çalışmasına paraleldir.

5.2.2. Planlı Gebelik

Kadınların planlı şekilde gebe kalmalarının doğum şeklini tespit etmek bakımından önem arz ettiği bildirilmektedir (Pevzner ve ark,2011). Çalışmamızda

katılımcıların %86,4'ü son gebeliğinin planlı bir gebelik olduğunu ifade ederken, sezaryen doğumu ve vajinal doğumu tercih edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Serçekus ve ark. (2015)'nin çalışmasında ise sezaryen doğum tercih sebepleri arasında doğum tarihinin planlanabilmesi olanağının dikkate alındığı ifade edilmiştir

5.2.3. Doğum Korkusu

Çalışmamızda kadınların doğum korkusu yaşama durumuna göre bakıldığında, doğum şekli tercihinde doğum korkusu yaşayanların sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür ($p=0,047$) (Tablo 24). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %47,4'ü doğum korkusundan dolayı sezaryen doğumu tercih ettikleri (Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Çetişli ve ark (2016) yaptıkları çalışmada vajinal doğum tercih eden ve önceki gebeliklerinde vajinal doğum yaşayan kadınların doğum ve doğum sonrası dönemde sezaryen tercih eden ve yaşayan kadınlara göre daha az doğum korkusu yaşadığını tespit etmişlerdir. Doğum korkusunun sezaryen doğumu artırdığını bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (Storkesen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel ve Eskild, 2012; Fenwick ve ark., 2010). Bu doğrultuda antenetal dönemde gebe ve ailesine yeterli danışmanlık hizmeti verilerek doğum korkusu azaltılabilir ve kişiler vajinal doğuma yönlendirilebilir.

5.2.4. Gebe kalmak için destek tedavisi

Bizim çalışmamızda kadınların doğum şekli tercihlerinin gebeliğin oluşma durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, ilaç tedavisi ile gebe kalan kadınların sezaryen doğumu tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 24). Eroğlu ve Gözükara (2008)'nin çalışmasında ve Dinç (2018)'in çalışmasında da infertilite tedavisi gören kadınların sezaryen doğumu tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bunun gerekçesi olarak bir tedavi süreci normal yolla gebe kalma eyleminden daha zahmetli ve daha maliyetli bir süreç olarak değerlendirildiğinden, dünyaya gelecek olan bebek kıymetli görülebilmekte ve doğum esnasında gerçekleşebilecek bir komplikasyondan uzak kalmak istemeleri şeklinde ifade edilebilir.

Çalışmamıza katılım gösteren kadınların %86,4'ünün son gebeliğinin planlanan bir gebelik olduğu, %88,3'ünün gebeliğin doğal yollardan oluştuğunu belirtmişlerdir. Gebelik süresince sağlık problemi yaşayanlarla yaşamayanların oranı eşit tespit edilmiş olup en sık karşılaşılan sorun olarak hiperemezis, düşük tehdidi ve erken doğum tehdidi bulunmuştur. Aktaş ve Gökğöz (2015)'ün çalışmasında katılımcıların %58,7'sinin isteyerek gebe kaldığı, %67,4'ünün doğum korkusu duydukları belirlenmiştir.

5.2.5. Düzenli Antenatal Takip ve Takip Yapılan Kuruluş

Çalışmamızda kadınların %97'sinin düzenli antenatal takip yaptırdığı ancak, antenatal takiplerini üniversite ve özel hastanede yaptıranların daha çok sezaryen doğum tercih ettikleri saptanmıştır. Dinç (2018)'in çalışmasında katılımcıların %94'ünün doğum öncesi düzenli takip yaptırdığı, %88'inin devlet hastanesinde doğumunu gerçekleştirdiği, %75,8'inin son doğumlarında doğum şekli hakkında bilgi sahibi oldukları, saptanmıştır. Sezaryen doğum oranının %15'in altında olması Dünya Sağlık Örgütü tarafından tavsiye edilmektedir. Sezaryen doğum şekli tercihindeki artma durumu bir sağlık problemi olarak görülmektedir (WHO,2009). Büyükbayrak ve ark.(2010)'nın İstanbul ili sınırları içerisinde yer alan araştırma hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %15,89'unun; Sayiner ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada Eskişehir ilinde bulunan iki farklı hastanede gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %24,4'ünün; Ergöl ve Kütüncü (2014)'nün bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğumu tercih etmede geçerli olan faktörlerin belirlenmesi üzerine yapılan araştırmada katılımcıların %79,2'unun sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Başar ve Sağlam (2018)'in çalışmasında örnekleme dahil edilen kadınlardan son doğumunu normal doğum olarak yapanların oranı %50'dir. TNSA'nın araştırmasına göre sezaryen doğum oranı üniversite eğitim ve araştırma hastaneleri için %63,2 olarak saptanmıştır (Kaptanoğlu ve Eryurt, 2010).

5.2.6. Son Doğum Şekli

Çalışmamızda katılımcıların son doğumlarını sezaryen doğum olarak gerçekleştirme oranı %57,7, vajinal doğum oranı ise %42,3 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada kadınların doğum şekli tercihlerinin son yapılan doğumun şekline göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre son yapılan doğum şekli vajinal doğum olanlar çoğunlukla tekrar vajinal doğumu, sezaryen olanlar tekrar sezaryen doğumu tercih etmektedirler. Dinç (2018)'in Çanakkale ilinde yapmış olduğu çalışmasında kadınların son doğum şekli olarak %53,3'ü sezaryen ve %46,7'si vajinal doğum yapmışlardır. Aynı çalışmada bir önceki doğumunda sezaryen doğum yapmış olanların %41,5'i bir sonraki doğumlarını tekrar sezaryen doğum olarak yapmak istediklerini, bir önceki doğumu vajinal doğum olarak gerçekleştirmiş olanların %90,8'i tekrar vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Başar ve Sağlam (2018)'in çalışmasında önceki doğum şekli normal doğum olan bireylerin oranı %43 olarak bulunmuştur. Başar ve Sağlam (2018)'in çalışmasında önceki doğum şeklinin bir sonraki doğum şekli tercihi üzerinde etkisinin olduğu ve normal doğum yapmış olanların yine normal doğum yapmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Yaşar (2006)'ın primer kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmasında normal doğum oranının %77,4 olduğu görülmekte, bir sonraki doğum şekli tercihleri ise %59,6 ile normal doğum olarak ifade edilmektedir. Yakut (2015)'un çalışmasında bir sonraki doğum şekli tercihleri %72,38 oranında normal doğum olacak şekilde yapılmıştır. Gözü kara ve Eroğlu (2011)'nin gerçekleştirmiş oldukları çalışmada kadınların vajinal doğumu tercih etme oranları oldukça yüksek (%86,2) bulunmuştur. Yağmur ve Çubuk (2017)'un çalışmasında sezaryen doğum yapmak isteyen kadınların oranı %21,2 olarak tespit edilmiştir. Yukarıdaki bulgulardan farklı olarak Hobek Akarsu ve Mucuk (2014)'un gerçekleştirmiş oldukları çalışmada kadınların bir önceki doğum şeklinin bir sonraki doğumun yöntemine etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

5.2.7. Gebelik Süresinde Doğum Şekilleri Hakkında Bilgi Edinme ve Karar Verme Durumu

Çalışmamızda %71,9'unun gebelik süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edindikleri bunların %42,5'inin medyadan, %31,8'inin doktordan bilgi aldıkları; %64,5'nin doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi oldukları; %45,4'ünün doğum şekli kararının doktoru tarafından alındığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını belirten katılımcıların oranı %64,5'tir. Kadınların kendileri için uygun olan doğum yöntemi üzerinde karar verebilmeleri bakımından gebelik süreci boyunca yeterli seviyede bilgilendirilmelerinin pozitif yönlü etki edeceği düşünülmektedir(Dursun ve ark., 2011; Atan Ünsal ve Duran Taşçı, 2011; Coşar ve Demirci, 2012). Dinç (2018)'in çalışmasında son doğumundan önce doğum şekilleri hakkında bilgi edinenlerin sezaryen doğumu daha sıklıkla tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda kadınların doğum şekli tercihlerinin gebelik sürecinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinme durumuna göre farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre doğum şekilleri hakkında bilgi edinenlerin sezaryen doğumu tercih etme durumları daha fazla bulunmuştur (Tablo 24).

Kadınların gerçekleştirecek doğumlarının şekline karar verme süreçlerinde etken olan bireyler doktor, aile ve arkadaş çevresidir. Karar verme sürecinde yer alan doktor ya da sağlık personelinin gebe bireye ve onun eşine yapılacak bilgilendirici, nitelikli ve doğru sunumların önemi de söz konusudur. Bu durumda sağlık personeli ve doktorların tıbbi zorunluluklar dışında herhangi bir doğum şeklini gebe bireylere dayatma gibi bir eylemleri söz konusu olmamalıdır. Literatürde yer alan çalışmalara göre çiftlerin bir doğum şekline karar vermelerinin akabinde bu kararlarını değiştirme ihtimallerinin düşük olduğuna işaret edilmektedir (Huang ve ark., 2012; Yanikkerem ve ark., 2013). Loke (2018) çalışmasında sezaryen doğum tercih eden kadınların bu tercihi yaparken doktor tavsiyesinden ve akraba /arkadaşlarından dinledikleri olumsuz vajinal doğum hikâyelerinden etkilendikleri saptanmıştır.

Aktaş ve Gökgez (2015)'ün çalışmasında yer alan kadınların yarısından fazlasının doktorun yönlendirmesiyle doğum şekline karar verdikleri saptanmıştır. Şahin ve ark. (2013)'nın çalışmasında katılım gösteren kadınların doğum şekli

tercihlerinde doktor tavsiyesine uyanların oranı %48 iken, %35,2'si ise doğum şekli kararını doktorla beraber aldığını ifade etmiştir. Özkan ve ark. (2013)'nın çalışmasında kadınların doğum şekli kararının %21,3 oranında kendisi ve doktor tarafından alındığı, %18,6'sının doktor tarafından alındığı ifade edilmiştir. Vatansever ve Okumuş (2013)'un çalışmasında ise gebelerin %38,7'si doğum şekline doktorun karar vermesi gerektiğini düşünmektedir. Bizim çalışmamızda doğum kararının alınma durumu sorusuna katılımcıların %45,4'ü doktorum yanıtını verirken,%40,4'ü bu kararın kendisi ve doktoru tarafından verildiğini ifade etmiştir (Tablo 25).Çalışmamız literatür bulguları ile paraleldir.

5.2.8. Antenatal Kontrollerin Yapıldığı ve Son Doğum Yapılan Kuruluşun Etkisi

Çalışmamızda kadınların doğum şekli tercihlerinin doğum öncesi düzenli takip için başvurulmuş sağlık kurumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Üniversite ve özel hastanede takipleri yapılan kadınların daha fazla sezaryen doğum tercih ettikleri saptanmıştır(Tablo 25).Vatansever ve Okumuş (2013)'un çalışmasında gebelik kontrollerini Tıp Fakültesinde gerçekleştirmiş olan kadınların kontrollerini diğer sağlık kurumlarında yaptıranlara göre daha fazla oranda sezaryen doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Çivili (2005)'in çalışmasında doğum öncesi kontrol işlemlerini sağlık ocağında yaptıranların vajinal doğumu tercih oranları yüksek bulunmuştur.

Yağmur ve Çubuk (2017)'un çalışmasında doğumun gerçekleştiği yer ile doğum yöntemi tercihi arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürde yer alan başka çalışmalara göre son yapılan doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşunun özel hastane olması durumunda kadınların doğum şekli tercihi sezaryen lehine olabilmektedir (Konakçı ve Kılıç, 2004; Vatansever ve Okumuş, 2013). Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayımlanmış olduğu sezaryen doğum oranları istatistiğine göre; devlet hastanelerinde %37,5, eğitim ve araştırma hastanelerinde % 69,3 ve özel hastanelerde %70,5'tir. Çalışmamızda katılımcıların %64,2'sinin son doğumlarının üniversite hastanesinde gerçekleştirdiklerini, kadınların doğum şekli tercihlerinin en son doğum yapılan yer durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu bağlamda doğumunu doğum evinde gerçekleştirenlerin

doğum şekli tercihi daha çok vajinal doğum iken, doğumunu özel hastanede ve üniversite hastanesinde gerçekleştirenlerin tercihi daha çok sezaryen doğum olmuştur (Tablo 25).

5.2.9. Doğumdan Sonra Emzirme Zamanı ve Taburculuk Süresi

Çalışmamızda kadınların %46,6'sı doğumdan 2 gün sonra taburcu olduklarını, %34'ü bebeklerini ilk yarım saatte emzirdiklerini belirtmişlerdir. Kadınların doğum şekli tercihlerinin doğumdan sonra bebeği emzirme durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre bebeğini doğumdan hemen sonra emzirenlerin yarım-1 saat sonra emzirenlere göre vajinal doğumu tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Bu duruma gerekçe olarak doğumdan hemen sonra bebeği emzirmek, söz konusu annelik içgüdüsünü tatmin edeceği için bir sonraki doğum şekli tercihinde kısmen belirleyici olabilmektedir (Gözükara ve ark, 2008).

Çalışmamızda kadınların doğum şekli tercihlerinin doğum için hastanede kalınan süre durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre doğumdan sonra 2-4gün hastanede kalanların bir sonraki doğum şekli tercihleri sezaryen doğum olmaktadır (Tablo 25). Bu durum ilk doğumunu sezaryen ile gerçekleştirenlerin sonraki doğumlarında da sezaryen endikasyonu oluşturmasıyla açıklanabilir (Dinç,2018;Gözükara ve Eroğlu 2008).

5.3. SİM-KVDA Ölçeğinden Aldıkları Puanların Son Yapılan Doğum Tercihine Göre Tartışılması

Kadınların doğum tercihleri SİM-KVDA ölçeği puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=51\pm5,35$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=40,59\pm5,26$) arasında fark olduğu saptanmıştır. Kadınların doğum şekli tercihlerinin SİM-KVDA ölçeğinden aldıkları puanlarının alt boyutlara göre karşılaştırıldığında; algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet, harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre normal doğumu tercih edenlerin puanları sezaryen doğumu tercih edenlere göre daha yüksek bulunmuş ve

aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$), (Tablo 26).

SİM-KVDA ölçeği algılanan faydalar alt boyutunda obstetrik veriler karşılaştırıldığında; antenatal takip, doğum korkusu, tedaviyle gebe kalma, son doğum şekli, doğum yapılan yer, doğumdan sonra emzirme ve taburculuk süreleri etkin olmuştur. Algılanan engeller alt boyutunda, kendi ve eşinin eğitimi (yüksek okul mezunu olma), gelir durumu (gelir giderden fazla olması), aile tipi (çekirdek aile), evlilik yılı (9 yıldan fazla olması) etkili olmuştur. Obstetrik açıdan ise; gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı (az sayıda çocuk isteme), Antenatal takip yapılan kurum (özel hastane ve üniversite hastanesi), destekle gebe kalma, son doğum şekli (sezaryen olması), doğumdan sonra emzirme süresi ve taburculuk süreleri, doğum şekli hakkındaki bilgi düzeyi yetersizliği algılanan engeller alt boyutunda etkili olmuştur. Algılanan ciddiyet alt boyutunda eğitim düzeyi ve gebe kalmak için destek olma etkili olmuştur. Harekete geçiriciler alt boyutunda ise, düzenli antenatal takip, destekle hamile kalma, doğum korkusu, son doğum şekli, doğum şekli hakkındaki bilgisi, doğum yapılan kuruluş, doğumdan sonra erken emzirme ve taburculuk etkili olmuştur (Tablo 28, 29, 30).

Loke (2015) çalışmasında, vajinal doğumu tercih edenler ile sezaryen doğumu tercih edenlerin algılanan faydalar ve harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre karşılaştırıldığında SİM-KVDA daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamız ile de uyumludur.

Aktaş ve Gökgöz (2015)'ün çalışmasında katılımcıların %80'i normal doğumu tercih etmektedir ve sebep olarak; anne ve bebek açısından sağlıklı, doğal ve güven veren bir yöntem olduğunu vurgulamaktadır.

Karabulutlu (2012)'nin çalışmasında katılımcıların %54,3'ünün normal doğumun daha sağlıklı olacağını düşündükleri, %11,4'ü normal doğumdan sonra iyileşme sürecinin daha çabuk olacağını düşündükleri için normal doğumu tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Hobek Akarsu ve ark (2014)'nın çalışmasında katılımcıların %65,5'inin normal doğumu sağlık ve doğallık olarak sezaryen doğuma göre daha üstün gördüklerinden,

%15,3'ü doğum sonrası sürecin çok daha ağrısız geçeceğini düşündüklerinden normal doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Dinç (2018)'in çalışmasına katılım gösteren kadınların normal doğumu tercih etme sebepleri arasında %95,1'i bebek için daha güvenli olduğu, %83,5'i anne için daha güvenli olduğu, %74,8'i vajinal doğumdan sonra daha çabuk iyileşebileceği, %58'i bebeğini daha erken emzirebileceği gösterilmiştir. Literatürde yer alan bazı başka çalışmalara göre normal doğumun faydalı olduğunu düşünen kadınların bu faydalar arasında doğum sonrasında iyileşme sürecinin daha çabuk atlatılacağı, doğumdan sonraki sürecin ağrısız olacağı, maliyet olarak daha düşük olması, bebek/anne ölme riskinin biraz daha düşük olması sayılmaktadır (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Danso ve ark., 2009; Karabulutlu, 2012).

Dadipoor (2017) çalışmasında öz yeterliliğin kişinin motivasyonunu önemli oranda etkileyerek eyleme geçirici bir rol oynadığını vurgulamıştır. Gebelerin vajinal doğumun faydaları ve doğum ağrısını azaltan teknikler gibi konularda bilgilendirilmesi ile doğum tercihi kararının önemli ölçüde etkilenmesi beklenebilir.

5.4. SİM-KSDA Ölçeğinden Aldıkları Puanların Son Yapılan Doğum Tercihine Göre Tartışılması

Kadınların doğum tercihleri SİM-KSDA ölçeği puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenler ($X=51,19\pm 10,03$) ile sezaryen doğumu tercih edenler ($X=70,5\pm 8,1$) arasında fark olduğu saptanmıştır. Kadınların doğum şekli tercihlerinin SİM-KSDA ölçeğinden aldıkları puanlarının alt boyutlara göre karşılaştırıldığında; algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan ciddiyet, harekete geçiriciler alt boyutu puanlarına göre sezaryen doğumu tercih edenlerin puanları vajinal doğumu tercih edenlere göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 27).

SİM-KSDA ölçeği algılanan faydalar alt boyutunda, obstetrik veriler karşılaştırıldığında; düzenli takip olunan yer, doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi olunması, son yapılan doğumun şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma ve en son doğumun yapıldığı yer etkin olmuştur. Algılanan ciddiyet alt boyutunda; gebe kalma sayısı, yaşayan çocuk

sayısı, düzenli takip olunan yer, gebeliğin oluşma durumu, doğum şekilleri hakkında bilgi, son yapılan doğum şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma, son doğumun yapıldığı yer ve doğumdan sonra hastanede kalınan süre etkili olmuştur. Algılanan engeller alt boyutunda; gebe kalma sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte kronik bir hastalığa sahip olma durumu, doğum şekli kararı, son yapılan doğum şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma ve doğumdan sonra hastanede kalınan süre etkili olmuştur. Harekete geçiriciler alt boyutunda ise; yaşayan çocuk sayısı, düzenli takip olunan yer, son yapılan doğum şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, son doğumdan itibaren geçen süre, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma, doğumun gerçekleştiği yer ve doğumdan sonra hastanede kalınan süre etkili olmuştur (Tablo 32, 33).

Aktaş ve Gökgöz (2015)'ün çalışmasında sezaryen doğumu tercih eden kadınların bu doğum yöntemini tercih etmelerindeki sebepler olarak annenin sağlıklı ilgili problemlerinin bulunması (hipertansiyon, diyabet ve benzeri), normal doğum açısından sakınma etmenleri gösterilmiştir. Ayrıca yine aynı çalışmada kadınların sezaryen doğum tercihlerinden algıladıkları engeller olarak çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Loke ve ark. (2015)'nin çalışmasında sezaryen doğumu tercih edeceğini belirten kadınların uzamış doğum eyleminden, doğum ağrısından ve fetal yaralanmalardan sakınmak ve aynı zaman daha hızlı ve uygun bir doğum yapacakları beklentisi içinde olduklarından tercihlerini sezaryen doğum şeklinden yana kullanacaklarını belirtmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada sezaryen doğumu tercih edeceğini ifade eden kadınlar sağlık profesyonellerinden alınan öneriler, akraba ve arkadaşlardan duyulan olumsuz vajinal doğum hikâyeleri ile ailede zorlu doğum öykülerinin doğrultusunda sezaryen doğuma başvuracakları sonucu elde edilmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamız ile de uyumludur.

Dinç (2018)'in çalışmasında kadınların sezaryen doğuma ait düşünceleri arasında %54,5 oranında bebeğin güvenliği, %46,7 oranında daha az ağrılı olduğu, %23,4 oranında vajinal doğumdan duyulan korku yer almaktadır. Torloni ve ark. (2013)'nin çalışmasında kadınların sezaryen doğuma yönelimlerdeki ciddiyet alt boyutunda

değerlendirilebilecek etmenler arasında doğum sonrası kanamanın daha az şekilde olması ve cinsel fonksiyonların doğum öncesi formuna daha hızlı bürünmesi gibi sebeplerle sezaryen doğumun tercih edildiği ifade edilmiştir. Benzer şekilde Huang ve ark. (2012)'nin çalışmasında da doğum sonrası iyileşmenin sezaryen doğumda daha çabuk olduğu düşüncesi ile kadınların sezaryen doğumu tercih ettikleri ifade edilmiştir. Çalışmamızda kadınların SİM-KSDA ölçeği algılanan ciddiyet puanlarına göre sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir.

Başar ve Sağlam (2018)'in çalışmasında katılımcılar sezaryen doğum tercihleri sebebi olarak %10'u ağrıyı daha az hissetme, %17'si daha az risk içerecek şekilde çocuğu doğurma olarak ifade etmişlerdir. Ergöl ve Kürtüncü (2014)'nün çalışmasında sezaryen doğumu tercih sebebi olarak çoğunlukla doğumdan duyulan endişe gösterilmiştir. Büyükbayrak ve ark. (2010)'nin çalışmasında %19 oranla daha az ağrı duyulması, %45,2 oranla normal doğumdan duyulan korku ve %16,7 oranla çocuğun daha güvenli bir şekilde doğması sebebi ile sezaryen doğumun tercih edildiği belirtilmiştir. Serçekus ve ark. (2015)'nin çalışmasında çoklu seçenekli işaretlemeler sonucunda sezaryen doğum tercih sebepleri arasında doğum tarihinin planlanabilmesi olanağının dikkate alındığı ifade edilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar diğer çalışmalarla da uyumludur, yapılan değerlendirmeler algılanan faydalar alt boyutunun doğum şekli tercihinin belirlenmesinde ön görücü bir faktör olduğunu doğrulamıştır (Loke,2015).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum polikliniği ve klinikteki uygun kriterdeki kadınların sağlık inanç modeline göre doğum şekli tercihinin belirlenmesi için yaptığımız araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

Katılımcıların %54,3'ü 28-37 yaş grubunda, %41,1 üniversite mezunu, %36,4'ünün ilk gebeliği, %86,4'ünün planlı gebeliği, tamamına yakınının düzenli antenatal takip yaptırdığı, üçte ikisinin üniversite ve özel hastanede takip yaptırdığı saptanmıştır.

Katılımcıların yaklaşık yarısında gebeliğe ilişkin sorunlar yaşadığı, üçte birinin kronik rahatsızlığı olduğu, çoğunluğunun doğum şekilleri hakkında bilgisi olduğu, doğum şekline karar verirken çoğunluğun doktorun tavsiyesine göre hareket ettiği saptanmıştır.

Kadınların %42,3'ü son doğumunu vajinal, %57,7'si sezaryenle yapmış, bir sonraki doğum tercihlerinin ise, %42'si normal, %32,4'ü sezaryen ve %25,6'sı kararsız oldukları belirlenmiştir.

Kadınların doğum şekli tercihinde; kendi ve eşinin eğitim düzeyi, gelir seviyesi, ikamet yeri, bazı obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, destekle gebe kalma, son doğum şekli, antenatal takip yapılan ve son doğumun yapıldığı kurum, taburculuk süresi ve bebeği emzirmeye başlama zamanı, doğum korkusu) arasında ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların doğum tercihleri SİM-KVDA ölçeği puanlarına göre incelendiğinde, normal doğumu tercih edenlerin puanlarının ($X=51\pm5,35$) ile sezaryen doğumu tercih edenlerden ($X=40,59\pm5,26$) yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,000$).

SİM-KSDA ölçeği puanlarına göre ise, sezaryen doğumu tercih edenlerin puanlarının ($X=70,5\pm8,1$), normal doğumu tercih edenlerden yüksek olduğu ($X=51,19\pm10,03$) tespit edilmiştir ($p=0,000$).

SİM-KVDA ölçeği alt boyutlarına göre incelendiğinde;

-Algılanan faydalar alt boyutunda obstetrik veriler karşılaştırıldığında; antenatal takip, doğum korkusu, tedaviyle gebe kalma, son doğum şekli, doğum yapılan yer, doğumdan sonra emzirme ve taburculuk süreleri etkin olmuştur.

-Algılanan engeller alt boyutunda, kendi ve eşinin eğitimi (yüksekokul mezunu olma), gelir durumu (gelir giderden fazla olması), aile tipi (çekirdek aile), evlilik yılı (9 yıldan fazla olması) etkili olmuştur. Obstetrik açıdan ise; gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı (az sayıda çocuk isteme), Antenatal takip yapılan kurum (özel hastane ve üniversite hastanesi), destekle gebe kalma, son doğum şekli (sezaryen olması), doğumdan sonra emzirme süresi ve taburculuk süreleri, doğum şekli hakkındaki bilgi düzeyi yetersizliği algılanan engeller alt boyutunda etkili olmuştur.

- Algılanan ciddiyet alt boyutunda eğitim düzeyi ve gebe kalmak için destek olma etkili olmuştur.

-Harekete geçiriciler alt boyutunda ise, düzenli antenatal takip, destekle hamile kalma, doğum korkusu, son doğum şekli, doğum şekli hakkındaki bilgisi, doğum yapılan kuruluş, doğumdan sonra erken emzirme ve taburculuk etkili olmuştur.

SİM-KSDA ölçeği alt boyutlarına göre incelendiğinde;

-Algılanan faydalar alt boyutunda, obstetrik veriler karşılaştırıldığında; düzenli takip olunan yer, doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi olunması, son yapılan doğumun şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma ve en son doğumun yapıldığı yer etkin olmuştur.

-Algılanan ciddiyet alt boyutunda; gebe kalma sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düzenli takip olunan yer, gebeliğin oluşma durumu, doğum şekilleri hakkında bilgi, son yapılan doğum şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma, son doğumun yapıldığı yer ve doğumdan sonra hastanede kalınan süre etkili olmuştur.

-Algılanan engeller alt boyutunda; gebe kalma sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte kronik bir hastalığa sahip olma durumu, doğum şekli kararı, son yapılan doğum şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma ve doğumdan sonra hastanede kalınan süre etkili olmuştur.

- Harekete geçiriciler alt boyutunda ise; yaşayan çocuk sayısı, düzenli takip olunan yer, son yapılan doğum şekli, doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı, son doğumdan itibaren geçen süre, doğum şekilleri hakkında yeterli bilgi sahibi olma, doğumun gerçekleştiği yer ve doğumdan sonra hastanede kalınan süre etkili olmuştur.

6.2. Öneriler

✓ Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranları ciddi oranda yüksektir. Gerek anne ve bebek sağlığı açısından, gerekse Türk sağlık sektörüne getireceği mali yük açısından isteğe bağlı sezaryen oranlarının azaltılması son derece önemlidir.

✓ Bu nedenle üreme çağındaki her kadın, antenatal dönemde sağlık çalışanlarından kapsamlı ve tarafsız bilgi alma hakkına sahip olmalı, böylece doğum şekli tercihini belirlerken doğru ve bilinçli bir seçim yapabilmelidir.

✓ Sağlık çalışanlarının kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörleri bilmesi vereceği danışmanlık ve eğitimlerde son derece önemlidir. Kadınların doğum kararlarını etkileyen faktörleri anlamada sağlam bir teorik temel sağlamak için Sağlık İnanç Modeli (SİM) kavramsal bir çerçeve olarak kullanılabilir. Bu çalışmadan elde edilen verilerde SİM'in alt boyutları olan algılanan faydalar, algılanan ciddiyet, algılanan engeller ve harekete geçiricilerin kadınların doğum şekli tercihleri konusundaki kararlarını etkilediğini göstermiştir.

✓ Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır. Doğuma hazırlık sınıfları bu anlamda önem arz etmektedir. Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması ve standardize edilmesi gerekmektedir.

✓ Sağlık çalışanlarının doğum tercihleri ile ilgili bilgi ve tutumları gebelere verecekleri bakımda danışmanlık ve eğitimlerini etkileyeceğinden sağlık çalışanlarına yönelik hizmetiçi eğitimler verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Akadlı Ergöçmen B, Çavlin A ve Abbasoğlu Özgören A (2013). Üreme sağlığı. in: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- Akadlı Ergöçmen B, Tezcan S, ve Çağatay P (2008). Üreme sağlığı. (içinde) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- Aktaş D ve Gökğöz N (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 65-81.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Practice Bulletin No. 173: Fetal macrosomia. *Obstetrics and gynecology*. 128(5), 195-209.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2010). ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, 116(2), 460-463.
- Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I And Caughey AB (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(11), 1253-1258.
- Arslan H (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Aydoğdu NG ve Bahar Z (2011).Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 34-40.
- Başar F. ve Sağlam Yeşildere H (2018). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Journal of Current Researches of Health Sector*, 8(1), 58-74.

- Beatriz Velho M, Atherinodos Santos E.K, Brüggemann OB ve Camargo BV (2012). Experience with vaginal birth versus cesarean child birth: integrative review of women's perceptions. *Text Context Nursing*, 21(2), 458-466.
- Bektaş E (2008). Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve sezaryen tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. *Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul*.
- Boer K, England K, Godfried MH, Thorne C (2010). Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: Changing practices in Western Europe. *HIV Medicine*. 11(6):368–78.
- Bülbül T, Özen B, Çopur A ve Kayacık F (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25, 126-130.
- Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ A, Bektaş E, Ünal O ve Turan C (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 30(2):155-158.
- Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğü (2013). http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/HIA_2013.Erişim tarihi:01.02.2019.
- Canbal M, Ak M, Yılmaz A ve Palancı Y (2014). Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(2), 319-325.
- Çenesiz E, ve Atak N (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-434.
- Champion VL ve Skinner CS (2008). The health belief model. health behavior and health education: theory, research, and practice. Glanz K, Rimer BK & Viswanath K. San Francisco. Jossey-Bass.
- Chong EY, Mongelli MM (2003). Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynecol Obstet*. 80(2):189.
- Çetişli NE, Zirek ZD, Abali FB. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan*. 2016;16(1):32-42.

- Çivili D (2005). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Coşar F ve Demirci N (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18-30.
- Coşkun A, Ekizler H ve İnanç N (2000). *Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği kitabı*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul; Birmat Matbaacılık San.Tic. Ltd.Şti.
- Cunningham G, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ ve Gilstrap LC (1993). *Williams obstetrics. physiology of pregnancy*. 19 th Ed. Norwalk: Prentice-Hall, Inc.
- Cunningham FG (2014). *Williams obstetrics*. Mc Graw Hill Education.
- Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A and Hındın MJ (2009). Preference of ghanaiian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Medical Journal*, 43(1), 29-33.
- Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Prediction of Birth Type Based on the Health Belief Model. *J Family Reprod Health*. 2017;11(3):159–164.
- Dinç A (2018). Women's preferences regarding vaginal delivery and cesarean section in Turkey (chapter 43). *Recent Developments in Nursing and Midwifery*. Managing Editor Figen Ozcanarlan, Neyla Lukpanovna, Behire Sancar, Aysel Özdemir. Cambridge Scholars Publishing, pp.536-548 ISBN (10): 1-5275-1171-5 ISBN (13): 978-1-5275-1171-2.
- Dinç A. Doğum öncesi bakım ve ebeinin rolü. *Ebeler ve Ebelik Öncesi Öğrencileri İçin Doğum Öncesi Dönem II*, Editör Kymet Yeşilçiçek Çalık, Fatma Coşar Çetin. İstanbul Tıp Kitabevi, 2018 İstanbul.
- Duran Taşçı E. ve Atan Ünsal Ş (2011). Kadınların sezaryen / vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Dursun P, Yanık FB, Zeyneloğlu HB, Başer E, Kuşçu E ve Ayhan A (2011). Why women request cesarean section without medical indication? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 1133–1137.

- Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA (2006). Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: The role of health professionals and information about health risks. *BJOG*. 113:1438–45
- England P ve Horowitz, R (2011). *İç güdüsel doğum*, Çev. Nuray Önoğlu. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- Ergöl Ş ve Kürtüncü M (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26–34.
- Eroğlu K ve Gözükara F (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–46.
- Evans MDR ve Kelley J (2008). Trends in women's labor force participation in Australia: 1984–2002, *Social Science Research*, 37, 287-310.
- Fuchs A (1986). The role of oxytocin in parturition. *The Physiology and Biochemistry of the Uterus in Pregnancy and Labour*, Boca Raton: CRC Press.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER ve Grobman WA (2016). *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. Elsevier Health Sciences.
- Ganz K, Rimer B, and Lewis F (2002). Health behavior and health education. San Fransisco: Jossey- Boss.
- Glanz K, Rimer BK ve Viswanath K (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons.
- Gözükara F ve Eroğlu K (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1): 32-46
- Gözükara F ve Eroğlu K (2011). 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*, 18(2): 89-100.
- Gözüm S, Çapık A (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237

- Gözüm S, Karayurt Ö ve Aydın İ (2004). Meme kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 71-85.
- Gül N (2008). Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- Günel GB (2009). *Geri Dönüşü Olmayan Karar "Sezaryen"*. <http://www.muhamrembalci.com/anahtarsozcuk.php>, 2019
- Güney E (2009). İzmir'de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyodemografik özelliklerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G ve Mungan TK (2006). Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 3, 249-254.
- Güzel M (2014). Zonguldak' ta kadın doğum hastanesine başvuran gebelerin bilgi tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Hemminki E, Klemetti R and Gissler M (2009). Cesarean section rates among health professionals in Finland, 1990-2006. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(1), 1138-44.
- Hobek Akarsu R, Mucuk S (2014). Turkish women's opinions about cesarean delivery. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(6), 1308.
- Hotelling BA (2009). Teaching normal birth, normally. *The Journal of perinatal education*, 18(1), 51-55
- Huang SY, Sheu SJ ve Tai CJ (2012). Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *Matern Child Health Journal*, 16 (1), 1.
- Kaptanoğlu İY ve Eryurt MA (2010). TNSA-2008 ileri analiz sonuçları Türkiye'de doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık.
- Karabulutlu Ö (2012) Kadınların doğum şekillerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 210-218.

- Karaçam Z ve Akyüz EÖ (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakımve ebe/hemşirenin rolü, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*,19(1), 45-53.
- Karakaplan S (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC ve Zugaib M (2010). Women's Opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 26(1), 319–326.
- Kızılırmak A (2011). Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusunaetkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Konakçı SK ve Kılıç B (2004). İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji*, 14, 88-95.
- Korkmaz E (2010). Kanser ve kanser hastalarına ilişkin tutumlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Linton A, Peterson MR ve Williams TV (2004). Effect of maternal characteristics on cesarean delivery ratesamong U.S department of defense healthcare beneficiaries 1996-2002. *Birth*, 31(1), 3-5.
- Loke AY, Davies L and Li SF (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The Health Belief Model, *BMC Health Services Research*, 15, 274.
- Maharlouei N, Rezaianzadeh A, Hesami E, Moradi F, Mazloomi E and Hassan Joulaei H (2013). The preference of Iranian women to have normal vaginal or cesarean deliveries. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 18(11), 943–950.
- Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, et al. Births: Final data for 2012. National vital statistics reports; vol 62 no 9. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2014.
- McGrath P and Ray-Barruel G (2009). The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. *International Journal of Nursing Practice*, 15(4), 271-79.
- Moini A, Riazi K, Ebrahimi A and Ostovan N (2007). Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003.*EMHJ*,13(2),

- Mongan MF (2013). Hypnobirthing mongan yöntemi, İstanbul: Gün Yayıncılık.
- Nahcivan NÖ ve Seçginli S (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7(1).
- Nar Ş (2010). Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Nilsson C, Lundgren I, Karlström A ve Hildingsson I (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114-121.
- Odent M (2009). The masculinisation of the birth environment. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 23(3), 92-185.
- Önderoğlu L, Karamürsel BS ve Taşkiran Ç (2005). *Obstetrikal operasyonlar: sezaryen, jinekolojik ve obstetrikal cerrahi*, Ankara: Güneş Kitabevi.
- Özer HT (2011). Doğum şeklinin annelerin postpartum ilk 24 saatteki doğum sonu konforuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF ve Tunca MZ (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turk J Public Health*, 11(2), 59-71.
- Pang M, Leung T, Lau T, Chung KH (2008) Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth: Issues In Perinatal Care*. 35(2):121–8.
- Pevzner L, Preslicka C, Bush MC ve Chan K (2011). Women's attitudes regarding mode of delivery and cesarean delivery on maternal request. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 894– 899.
- Poikkeus P, Saisto T (2006). Fear of childbirth and pregnancy related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1):70-76.
- Rebelo F, Da Rocha CM, Cortes TR, Dutra CL ve Kac G (2010). High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: The role of private practice. *ActaObstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(1), 903–908.

- Rohleder P (2012). *Critical issues in clinical And health psychology*. London: SAGE Publications.
- Şahin NH, Yıldırım G ve Aslan E (2007). Evaluating the second stages of deliveries maternity hospital, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 17(1), 37-43.
- Şahin S, Özdemir K, Ünsal A, Cevrioğlu AS ve Sevimli D (2013). Bir grup gebe kadının doğum tercihi ve doğuma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi*, 1(1), 28-38.
- Sayınır FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E ve Savcı A (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17(3):104-112.
- Serçekuş P, Çetışli NE ve İnci FH (2015). Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 182-185.
- Sıkar D, Yaşar L, Battaloğlu İnanç B ve Yaşar N (2013). Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1), 3-7.
- Storkesen H, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91, 237–242
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2010). *Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması genel müdürlüğü. Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi*. Ankara: Damla Matbaa.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013). *Sağlık araştırmaları genel müdürlüğü, Türkiye halk sağlığı kurumu*. Ankara: Sentez Matbaa ve Yayıncılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2015). http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf. Erişim: 02.02.2019.
- Taşkın L (2003) *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 6. Baskı, Ankara: Sistem OfsetMatbaacılık.
- Todman D (2007). A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(5), 357-361.

- Torloni MR, Betran AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A ve Mazzoni A (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 78.
- TÜİK. İş gücü piyasası analizi raporu. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Aydın
- U.S. Department Of Health And Human Services (2005). *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*, USA: NIH Publication.
- Üst ZD (2012). *Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Vatansever Z ve Okumuş H (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(2), 82-7.
- World Health Organization (2009). *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2017). *The world health statistics*, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistic, 2019
- Yağmur Y ve Çubuk MM (2017). Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 7-11.
- Yakut Yüksel E (2015). Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Yanikkerem Uçum E, Kitapçioğlu G ve Karadeniz G (2010). Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 107-123.
- Yanikkerem E, Göker A ve Nicole Piro N (2013). Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(2), 75-81.
- Yanikkerem UE, Kitapçioğlu G ve Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13),108- 118.
- Yaşar Ö (2006). Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Yaşar Ö, Şahin Kır F, Coşar E, Nadirgil Köken G ve Cevrioğlu AS (2007). Primipar kadınların doğum tercihleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet*, 17, 414-420.

Yücel M (2010). Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Aile Planlaması Kitabı. Edi. Uzm. Dr. Ahmet Akın Sivaslıoğlu. Palme Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara.



8. EKLER

EK-1 Anket Soru Formu

“SAĞLIK İNANÇ MODELİ İLE KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ”ni belirlemek amacıyla bir araştırma yapmaktayım. Planlanan bu araştırma için vereceğiniz samimi yanıtlar sadece bu çalışmada kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmada kimliğinizi ortaya çıkarabilecek bilgilere yer verilmemiştir.

Her soruyu içtenlikle yanıtlamanızı rica eder, işbirliği ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı:

Seval SÖYLEMEZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

ANKET SORULARI

1.Yaşınız.....

2.Eğitim düzeyiniz

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

3.Kaç yıllık evlisiniz? (.....)

4.Eşinizin yaşı (.....)

5.Eşinizin eğitim düzeyi

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

6.Çalışma durumunuz

a-Çalışmıyor b-Çalışıyor (Çalışıyor iseniz mesleğiniz nedir?)

a-Memur b-Sağlık Personeli c-Öğretmen d-İşçi e-Akademik görevli

f-Serbest meslek g-Diğer.....

7.Yaşadığınız yer

a-Köy b-Kasaba c-İlçe d-İl

8.Sosyal güvenceniz

a-Yok b-SGK c) Özel sağlık sigortası

9.Aile tipiniz nedir?

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

10.Ailenizin aylık geliri

() gelir giderden düşük () gelir gidere denk () gelir giderden fazla

11.Kaç kez gebe kaldınız? (..... Kez)

12.Yaşayan kaç çocuğunuz var? (.....)

.....KızErkek

13.En küçük çocuğunuz şu an kaç yaşında (.....)

14. Son gebeliğiniz istenilen/planlı bir gebelik miydi?

a-Evet b-Hayır

15.Gebeliğiniz nasıl oluştu?

a-Kendiliğinden

b-İlaç tedavisi ile

c-Tüp bebek yöntemi ile

16.Gebeliğinizde sorun yaşadınız mı?

a-Hayır b-Evet (Cevabınız evetse ne sorun yasadınız?)

a-Hiperemesis (bulantı-kusma)

b-Düşük tehdidi (kanama)

c-Erken doğum tehdidi (vaktinden önce ağrı,kanama)

d-Enfeksiyon

e-Tansiyon yükselmesi

f-Diğer.....

16)Gebeliğinize etki eden kronik bir hastalığınız var mı?

a-Yok b-Var (Varsa belirtiniz)

a-Kalp hastalığı

b-Kansızlık

c-Yüksek tansiyon

d-Böbrek hastalığı

e-Şeker hastalığı

f-Diğer.....

17.Doğum öncesi düzenli takip oldunuz mu?

a-Evet b-Hayır

18.Doğum öncesi takiplerinizi nerede yaptırdınız?

a-Sağlık ocağı b-Doğumevi c-Üniversite d-Özel doktor/hastane

19.Gebelik döneminde doğum korkusu yaşadınız mı? Neden?

a-Hayır b-Evet (.....)

20.Gebeliğiniz süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edindiniz mi?

a-Evet b-Hayır

21.Evetse kaynaklarınızı neler/ kimlerdir?

a-Doktor b-Ebe/hemşire c-Arkadaş d-Komşu/aile e-Medya(internet,tv)

22.Doğum şekilleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a-Evet b-Hayır

23.Hangi şekilde doğum yapacağınız konusunda son kararı kim verdi?

a-Kendim b-Doktorum c-Ben ve doktorum d-Ben ve eşim

24. En son doğumunuzu nerede yaptınız?

a-Ev b-Doğumevi c-Üniversite hastanesi d-Özel hastane

25.Son doğumunuzu ne şekilde yaptınız?

a-Normal doğum b-Sezaryen doğum

26.Doğum için gittiğinizde ne kadar süre hastanede kaldınız?

(.....Saat) (.....Gün)

27.Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirdiniz?

a-Hemen sonra b-İlk yarım saatte c-Yarım- 1 saat sonra d-Daha geç

e-Hiç emziremedim

28.Tekrar doğum yapsanız ne şekilde doğum yapmak istersiniz?

a-Normal doğum b-Sezaryen doğum c) Bilmiyorum

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR... TEŞEKKÜR EDERİM...



EK-2 Sağlık İnanç Modeline Göre Kadınların Vajinal Doğum Tercihi Algıları Ölçeği

Sağlık İnanç Modeline Göre Kadınların Vajinal Doğum Tercihi Algıları Ölçeği		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4
1	Bebeğimi daha erken emzirebilirim.				
2	Vajinal doğumdan sonra bebeğimle daha erken temas kurabilirim.				
3	Hastanede kısa süre kalarak daha sağlıklı bir bebek doğurabilirim.				
4	Normal (vajinal) doğum doğal bir süreçtir.				
5	Anestezi komplikasyonuna bağlı bebeğin solunumunun durmasından korkarım.				
6	Hastanede daha kısa süre kalarak daha çabuk iyileşirim.				
7	Vajinal (Normal) doğumun maliyeti daha azdır (daha ucuz).				
8	Normal (vajinal) doğum ağrısından korkuyorum.*				
9	Vajinal muayene beni utandırıyor.*				
10	Vajinal (Normal) doğum daha az ağrıya neden olur.				
11	Akrabalardan / arkadaşlardan kendi vajinal (normal) doğumları ile ilgili kötü hikâyeler dinledim.*				
12	Sezaryen doğumda yapışıklık oluşmasından korkuyorum.				
13	Sezaryen doğum olursa rahimde ve sezaryen yerinde yırtılma olmasından korkarım.				
14	Ameliyat olmaktan ve anestezi almaktan korkarım.				
15	Sağlık çalışanları vajinal (normal) doğumu öneriyor.				
16	Akrabalar / arkadaşlar vajinal (normal) doğumu öneriyorlar.				

*işaretiler ters kodlanmıştır.

EK-3 Sağlık İnanç Modeline Göre Kadınların Sezaryen Doğum Tercihî Algıları Ölçeği

Sağlık İnanç Modeline Göre Kadınların Sezaryen Doğum Tercihî Algıları Ölçeği		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4
1	Sezaryen rahat ve modern bir doğum şeklidir.				
2	Sezaryen doğum kolay bir yöntemdir.				
3	Babanın doğum sonrası iznini daha iyi planlamasına olanak sağlar.				
4	Sezaryen doğum, doğumun uzaması ve bebeğin yaralanmasına bağlı korkuyu azaltabilir.				
5	Sezaryen doğum ile çocuğumun kaderi için daha uğurlu bir zaman seçebilirim.				
6	Sezaryen doğum genellikle planlıdır.				
7	Annenin doğum sonrası iznini daha iyi planlamasına olanak sağlar.				
8	Doğum zamanının (burçlar) kişilik özelliklerini etkilediğine inanıyorum.				
9	Sezaryen doğum, ameliyat esnasında tüplerin bağlanmasına imkân sağlar.				
10	Sezaryen doğumdan sonra daha çabuk iyileşebileceğimi düşünüyorum.				
11	Kronik hastalığım (kalp hastalığı, şeker, tansiyon) olduğu için sezaryen olmaktan korkarım.*				
12	Sezaryen doğumda çok kan kaybetmekten korkarım.*				
13	Sezaryen doğum sonrası bana ve bebeğime bakabilecek kimse yok.*				
14	Sezaryen ameliyatı olmaktan ve gereksiz anestezi almaktan korkuyorum.*				
15	Vajinal (normal) doğum yaptığımda istemsiz idrar ya da dışkı kaçırmaktan korkuyorum.				
16	Vajinal (normal) doğumda pelvik taban dokusunun (doğum kanalını destekleyen dokuların) hasar görmesinden korkuyorum.				
17	Vajinal (normal) doğumda doğum yolunda yırtık olmasından korkuyorum.				
18	Sezaryen doğum, genital görüntüyü ve seksüel fonksiyonu koruyabilir.				
19	Sezaryen doğum, cinsel yaşam ile ilgili memnuniyetsizliği azaltabilir.				
20	Sezaryen doğum, vajinal doğum sırasında anneden bebeğe geçebilecek enfeksiyon riskini azaltabilir.				
21	Sezaryen doğum, bebeğin doğum kanalından geçerkenki yaralanma riskini azaltır.				
22	Uzamış doğum eyleminden koruyabilir.				
23	Doğum ağrısını önleyebilir.				
24	Tekrarlayan vajinal muayeneye bağlı ağrıyı engelleyebilir.				
25	Akrabalardan / arkadaşlardan sezaryen doğumları hakkında olumsuz hikayeler duydum.*				
26	Akrabalar / arkadaşlar sezaryen ile doğumu öneriyor.				

*işaretli ters kodlanmıştır.

EK-4 Women's Perception of Vaginal Birth (VB) and Cesarean Delivery (CS)

PBe: Perceived benefits

PBa: perceived Barriers

PSe: perceived severity

Cue: cue to action

Part C.

The following are some of the reasons that some women given for choosing **vaginal delivery**. Please indicate how much you agree with the statements.

	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
PBe1. It is a normal/ natural process.	4	3	2	1
PBe2. I can have early contact with my baby after delivery.	4	3	2	1
PBe3. I can breastfeed my baby earlier.	4	3	2	1
PBe4. I can give birth to a healthier baby with shorter hospital stay.	4	3	2	1
PSe1. I am afraid of newborn respiratory depression due to complications of anesthesia.	4	3	2	1
PBe5. I can recover faster with shorter hospital stay.	4	3	2	1
PBe6. It causes less pain (e.g. wound pain).	4	3	2	1
PBe7. I am afraid of the operation and anesthesia.	4	3	2	1
PBe8. I believe the fate of my baby is better determined by nature instead of human control.	4	3	2	1
PBe9. It is less costly.	4	3	2	1
PBa1. I cannot afford the cost of cesarean delivery in private hospital out of my own	4	3	2	1

pocket.				
PBa2. I do not have insurance coverage for cesarean delivery.	4	3	2	1
PSe2. I am afraid of uterine scar rupture if cesarean delivery is performed.	4	3	2	1
PSe3. I am afraid of adhesion formation if cesarean delivery is performed.	4	3	2	1
PBa3. I can only choose vaginal delivery in public hospital.	4	3	2	1
Cue1: Health care professionals advise vaginal delivery.	4	3	2	1
Cue2: Relatives/ friends advise vaginal delivery.	4	3	2	1
Cue3: I heard negative stories from relatives/ friends about their cesarean delivery.	4	3	2	1

Part D.

The following are some of the reasons that some women give for choosing **cesarean delivery**. Please indicate how much you agree with the statements.

	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
PBe1: It is a faster /convenient way of delivery.	4	3	2	1
PBe2: It is a trendy/modern way of delivery.	4	3	2	1
PSe1: It can reduce the risk of fetal injuries when baby goes through vaginal canal.	4	3	2	1
PSe2: It can reduce the risk of mother-to-child transmission of infectious agents during vaginal birth.	4	3	2	1
PBe3: It can reduce fear of prolonged labor and fetal injuries.	4	3	2	1



PBe4: It can avoid pain induced by repetitive vaginal examinations.	4	3	2	1
PBe5: It can avoid induction of spontaneous labor.	4	3	2	1
PBe6: It can prevent labor pain.	4	3	2	1
PBe7: It can avoid prolonged labor.	4	3	2	1
PSe3: I am afraid of having perineal tear if vaginal delivery is performed.	4	3	2	1
PSe4: I am afraid of having pelvic floor damage if vaginal delivery is performed.	4	3	2	1
PSe5: I am afraid of having urinary/ anal incontinence if vaginal delivery is performed.	4	3	2	1
PBe8: It can preserve sexual function and genital appearance.	4	3	2	1
PBe9: It can minimize sexual dissatisfaction.	4	3	2	1
PBe10: It allows tubal ligation once after cesarean delivery.	4	3	2	1
PBe11: It allows better planning of maternity leave.	4	3	2	1
PBe12: It allows better planning of paternity leave.	4	3	2	1
PBe13: It can avoid the uncertainty of the timing of delivery.	4	3	2	1
PBe14: I can select an auspicious time for my child fortune.	4	3	2	1
PBe15: I believe that a person's life is affected by time of birth, weekday of birth, date of birth, or/ and year of birth.	4	3	2	1
PBa1: I have insurance coverage for cesarean	4	3	2	1

delivery.						
Cue1: Health care professionals advise cesarean delivery.	4	3	2	1		
Cue2: Relatives/ friends advise cesarean delivery.	4	3	2	1		
Cue3: I heard negative stories from relatives/ friends about their vaginal delivery.	4	3	2	1		
Cue4: I have family history of difficulty in baby delivery.	4	3	2	1		

- End of Questionnaire -



EK-5 Sağlık İnanç Modeli İle Kadınların Doğum Tercihini Ölçeği Kullanım İzni

Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model  

Ayten DİNÇ <aytendinc@comu.edu.tr>

13 Şub 2017 15:44  

Alıcı: alice.yuen.loke, hsaloke ▾

Dear Alice Yuen **Loke**,

I am working as Assist. Prof. Dr in Çanakkale Onsekiz Mart University, and I am currently doing a research project on mode of delivery. If you let me , I want to use Health Belief Model in my research project (this article-Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model). I wou appreciate if you send me this scale. I will be very pleased if you allow me to use this scale in my research. Thank you very much for your attention and I look forward to hearing from you.

Yours sincerely,
Ayten Dinç

Yrd. Doç. Dr. / Assist. Prof. Dr. Ayten DİNÇ

Çanakkale Sağlık Yüksekokulu / Çanakkale Health School

Ebelik Bölüm Başkanı/Midwifery Programme Director

Phone:+90 286 218 1397 Ext: 2695

Windows'u Etkinleştir



Yuen LOKE, Alice [SN] <alice.yuen.loke@polyu.edu.hk>

 14 Şub 2017 09:14   

Alıcı: ben ▾

Dear Ayten,

Thank you for your interest in the study. I have enclosed hereby the questions in the study relating to health belief model on mode of delivery. Since the choices are culturally related, I am not sure how relevant it is in your country, Please feel free to adopt or revised accordingly.

Good luck on your study!

Prof **Loke**



www.polyu.edu.hk/80anniversary

Windows'u Etkinleştir

EK-6 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni




T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 50171969-806.01.03-E.33332
Konu : Tez anket çalışması

14.03.2017

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

E.20381 sayılı ve 16/02/2017 tarihli yazınız ile yapılması planlanan tez ile ilgili anket çalışması için anabilimdalı polikliniğinde yeterli alan bulunmamaktadır, alan tahsisi ile çalışma yapılabilir

 e-imzalıdır

Prof.Dr. Mesut Abdülkerim ÜNSAL
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇANAKKALE
2862180018

Bilgi için: Mesut Abdülkerim ÜNSAL
Anabilim Dalı Başkanı
Telefon No: (542) 213 90 94

EK-7 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/E.52707
Konu :Başvuru İncelemesi

28.04.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayten DİNÇ

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz Sağlık İnanç Modeli İle Kadınların Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.35556 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 26/04/2017 tarih ve 08-03 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :26.04.2017 14:00
Karar No :2017-08

Karar-03)2011-KAEK-27/2017-E.35556 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'in çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Faize OTURAN
Sekreter

EK-8 Bilgilendirme Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-	Revizyon	02	Revizyon	... / ... /
	11	No:		Tarihi:	20...

1. Çalışmanın adı:

Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Yrd. Doç. Dr. Ayten Dinç

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 0 286 218 13 97 / 2619

Seval SÖYLEMEZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniği

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, 0 286 263 59 50 / 2322

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Gebelik kadın için önemli bir yaşam deneyimidir. Bu sürecin en iyi şekilde sonlanması anne, bebek ve aile açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda kadın ve ailesinin gebelik süresince doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirilmesi ve karar sürecine katılımının sağlanması kadının doğum tercihini belirlemesini kolaylaştıracaktır. Ülkemizde kadınların çoğunluğunun planlı bir şekilde, tedavi

görmeden gebe kaldığı, gebeliği süresince sağlık kontrollerine gittiği ve vajinal doğum yapmayı planladığı, ancak planlandıktan daha fazla oranda sezaryenle doğum gerçekleştiği belirlenmiştir.

Bu çalışma sağlık inanç modeli ile kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

18-35 yaş arası, son üç yılda doğum yapmış veya gebe kalmış,,Türkçe bilen ve en az ilkokul mezunu olduğunuz için siz seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur ve araştırmanın herhangi bir aşamasında bildirmeden araştırmadan ayrılma hakkınız vardır.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Size bazı anketler verilerek cevaplamanız istenecektir.

7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi ekstra bir risk bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Çalışmaya katılmanız halinde bilimsel bir çalışmaya katkı sağlamış olacaksınız.

9.Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz ya da herhangi bir maddi kazancınız olmayacaktır.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Anketler isimsiz olarak doldurulacaktır.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İsterseniz araştırma sonunda size araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi verilecektir.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezi olarak yayınlanacaktır.

13. Daha ayrıntılı bilgi için:

Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'e başvurabilirsiniz. Tel. 0 286 218 13 97 / 2619

14. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayımlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK-9 Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Seval	Soyadı	SÖYLEMEZ
Doğum Yeri	ÇANAKKALE	Doğum Tarihi	15/03/1985
Uyruğu	T.C.		
E-mail	sevalsoylemez@comu.edu.tr	Tel	0286 2635950 (2322)

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	-
Yüksek Lisans	-	-
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (Ebelik)	2007

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Ebe	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2007 - 2008
2. Ebe	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi	2008 - Devam ediyor

**EK-10 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓UYGUN	✓UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Onay sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Teşekkür sayfası	✓UYGUN	✓UYGUN
Türkçe özet	✓UYGUN	✓UYGUN
İngilizce özet	✓UYGUN	✓UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekiller dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tablolar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓UYGUN	✓UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	✓UYGUN	✓UYGUN
Yöntem ve Gereç	✓UYGUN	✓UYGUN
Bulgular	✓UYGUN	✓UYGUN
Tartışma	✓UYGUN	✓UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓UYGUN	✓UYGUN
Kaynaklar	✓UYGUN	✓UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	✓UYGUN	✓UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	✓UYGUN	✓UYGUN
Tez planı	✓UYGUN	✓UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	✓UYGUN	✓UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓UYGUN	✓UYGUN
Tarih: 29/08/2019 Öğrenci Seval SÖYLEMEZ	Tarih: 29/08/2019 Danışman Doç. Dr. Ayten DİNÇ	

EK-11 Spiralli Tez Kontrol Formu

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlenin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 29 / 08 / 2019 Öğrenci Seval SOYLEMEZ	Tarih: 29 / 08 / 2019 Danışmanın Doç. Dr. Ayten DUNÇ
--	--