



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**GEBELERİN KARAR VERME STİLLERİ VE DOĞUM
BEKLENTİLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Dilek BEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN

KARABÜK
2019

TEZ ONAYI

Dilek BEL'in hazırladığı "Gebelerin Karar Verme Stilleri ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli Tercihleri Üzerine Etkisi" adlı bu çalışma 21/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından EBELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Özlem EVLİYAOĞLU

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU

Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Dilek BEL

21/06/2019

TEŞEKKÜR

Tez alıŐmamn planlanmasında, araŐtırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, en zor günlerimde yolumu aydınlatan, kendi ışığını paylaşmaktan asla geri durmayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN'a,

Bana her anlamda destek olan, değerli dostlarım Huriye DOĞAN ve Ebru ÖZDEMİR'e,

Tüm zamanlarda yanımda olan sevgili kız kardeşim Ayşenur GÜVEN'e,

Eğitim süresince maddi manevi desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen, her ne olursa olsun hep yanımda olan kıymetli babam Rahmi BEL'e, annem Kurthanım BEL'e ve kardeşim Emre BEL'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dilek BEL

2019

Bu tez, Karabük Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından KBÜBAP-17-YL-059 numaralı proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğum Şekilleri	4
2.1.1. Normal Vaginal Doğum	4
2.1.2. Sezaryen Doğum	5
2.2. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler	8
2.3. Doğum Beklentisi/Korkusunun Doğum Şekli Tercihi Üzerindeki Etkisi	10
2.4. Gebelerin Karar Verme Stillерinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi.....	13
2.4.1. Karar Verme Stilleri.....	13
2.4.2. Karar Vermeyi Etkileyen Faktörler	14
2.4.3. Doğum Şekli Tercihinde Kadınların Karar Verme Stilleri ve Ebenin Rolü	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	18
3.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler	19
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar	23
4. BULGULAR	24
4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular .	24
4.2. Doğum Şekli Tercihlerinin Sosyo-ekonomik ve Gebelik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	30
4.3. Doğum Şekli Tercihlerinin Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Puanları Açısından Karşılaştırılması	37
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuç.....	54
6.2. Öneriler	60
7. KAYNAKLAR.....	61
8. EKLER.....	73
9. ÖZGEÇMİŞ	84

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 2. Kadınların Gebelik Dönemi Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 3. Antenatal İzlemlere İlişkin Değişkenlerin Dağılımı.....	27
Tablo 4. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Dağılımı.....	28
Tablo 5. Gebelerin Doğum Şekli Tercih Nedenlerinin Dağılımı.....	29
Tablo 6. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puanlarının Dağılımı	30
Tablo 7. Kadınların Sosyo- Demografik Özellikler Açısından Doğum Şekli Tercihlerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 8. Kadınların Yaş, Evlilik Yaşı, Evlilik Süresi ve Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 9. Doğum Şekli Tercihlerinin Gebelik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	34
Tablo 10. Doğum Şekli Tercihlerinin Gebelikte Eğitim Alma ve Doğum Şekline Karar Veren Kişiler Açısından Karşılaştırılması	36
Tablo 11. Gebelerin Karar Verme Stillerinin Doğum şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 12. Doğum Şekli Tercihlerinin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	39
Tablo 13. Melbourne ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Açısındaki İlişki	40
Tablo 14. Planlanan Doğum Şekli ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon TestiSonucu	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sezaryen Endikasyonları	6
Şekil 2. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği-II (MKVÖ-II) Değerlendirilmesi	20



EKLER DİZİNİ

EK 1. Gebe Tanılama Formu.....	76
EK 2. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I -II.....	79
EK 3. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A versiyonu	781
EK 4. Etik Kurul Kararı.....	81
EK 5. Kurum İzin Belgesi	83



KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ICM	: Uluslararası Ebelik Konfederasyonu
Max	: Maksimum Değer
Mean	: Ortalama
Min	: Minimum Değer
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
R	: Korelasyon Katsayısı
Ss	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
W-DEQ	: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

ÖZET

Gebelerin Karar Verme Stilleri ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli Tercihleri Üzerine Etkisi

Bu çalışma gebelerin karar verme stilleri ve doğum beklentilerinin doğum şekli tercihleri üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla, 15 Haziran 2016-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı kesitsel tipte yapılan araştırmanın örneklemini en az 20. gestasyonel haftada olan, gebeliğe etki eden herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan, Türkçe konuşma ve anlama problemi olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü 900 gebe oluşturmaktadır. Araştırmada verileri Deniz (2004) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği 1-2” ve Körükcü ve Kukulcu (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim Ölçeği A” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Ki Kare Testleri ve korelasyon analizleri kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada gebelerin doğum şekli tercihleri incelendiğinde; %71,8'inin (n:646) normal vaginal doğum, % 28,2'sinin (n:254) sezaryen doğum yapmak istediği belirlenmiştir. Gebelerin doğum şekli tercihlerinin; eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, toplam gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, yaş, toplam evlilik süresi, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı açısından anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur($p<0,05$). Ölçekten alınan puanlara göre karar vermede özsaygı, sezaryen doğum planlayanlarda, normal doğum planlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($z=-2,184$, $p=0,029$). Gebelerin doğum şekli tercihleri ile ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; sezaryen doğum planlayanların dikkatli karar verme puanı normal doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşük ($z=-3,69$, $p=0,001$) ve panik karar verme puanı daha yüksek bulunmuştur ($z=-1,971$, $p=0,049$). Ayrıca çalışmada doğum korkusu arttıkça, karar vermede öz saygı puanları ($r=-0,216$, $p=0,001$) ve dikkatli karar verme puanlarının ($r=-0,148$, $p=0,001$) azaldığı, buna karşılık kaçınan karar verme ($r=0,095$, $p=0,004$), erteleyici karar verme ($r=0,212$,

$p=0,001$) ve panik karar verme ($r=0,230$, $p=0,001$) puanlarının arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar kadınların karar verme stillerinin doğum şekli tercihlerini etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle kadınların doğum konusunda karar verme mekanizmalarını güçlendirmeye yönelik eğitim ve planlamaların yapılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ebelik, doğum şekli, doğum şekli tercihi, doğum korkusu, karar verme, gebelerin karar verme stilleri



ABSTRACT

Effects of Decision Making Styles and Birth Expectations of Pregnants on Type of Delivery Preferences

This study was conducted between 15 June 2016 and 15 May 2017 in Rize State Hospital in order to determine the effect of pregnant women's decision making styles and birth expectations on their preference of childbirth. In this descriptive cross-sectional study, the sample consisted of 900 pregnant women who were at least 20 gestational weeks, did not have any chronic diseases affecting pregnancy, could speak Turkish and had no understanding problems and volunteered to participate in the study. In the research, the data were collected by using "Melbourne Decision Making Styles Scale 1-2" which was adapted into Turkish by Deniz (2004) and "Wijma Delivery Expectancy / Experience Scale A" adapted by Körükcü and Kukulcu (2008). The data were analyzed using Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Chi Square Tests and correlation analyzes. When the type of delivery preferences of the pregnant women were examined, it was determined that %71,8 (n:646) of them preferred normal vaginal delivery and %28,2 (n:254) of them preferred to have cesarean delivery. Pregnant women's type of delivery preferences were found to be significantly different in terms of educational status, working status, income level, total number of pregnancies, planned pregnancy status, age, total marriage duration, number of pregnancies, number of births and number of miscarriages ($p < 0,05$). According to the scores obtained from the scale, self-esteem was found to be significantly lower in decision-making in ones planning cesarean delivery than those planning normal delivery ($z = -2,184$, $p = 0,029$). When the relationship between the delivery type preferences of pregnant women and the sub-dimensions of the scale was examined; cesarean delivery planners had a significantly lower careful decision-making score compared to normal delivery planners ($z = -3.69$, $p = 0.001$) and a higher panic decision-making score ($z = -1.971$, $p = 0.049$). Besides, it was found that the self esteem scores ($r = -0,216$, $p = 0,001$), careful decision -making scores ($r = -0,148$,

p=0,001) decreased and on the other hand, avoidant decision-making (r=0,095, p=0,004), delayed decision-making scores (r=0,212, p=0,001) and panic decision-making scores (r=0,230, p=0,001) increased as the delivery fear increased. The results obtained in this study show that women's decision-making styles affect their type of delivery preferences. Therefore, it is important to provide training and planning to strengthen women's decision-making mechanisms about childbirth.

Key words: Midwifery, type of delivery, type of delivery preference, fear of delivery, decision making, decision-making styles of pregnant women



1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Gebelik ve doğum, olağan bir yaşam olayı olmasına karşın, kadınların korku, anksiyete, heyecan ve mutluluk gibi karmaşık duygular yaşamasına yol açmaktadır. Kadınların fizyolojik yapısı vaginal doğuma uygun olup, uygun tıbbi yaklaşım ve yeterli destekle doğum başarılı bir şekilde gerçekleşebilir (Vatansever ve Okumuş 2013). Buna karşın anne ya da fetüs sağlığını tehdit eden durumlarda, sezaryen doğum güvenle uygulanan, hayat kurtarıcı cerrahi bir işlemdir (Gözükara ve Eroğlu 2011). Günümüzde sezaryen doğumun daha güvenli koşullarda uygulanıyor olması kadınların ve hekimlerin sıklıkla sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olmuştur. Bu durum tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında artışla sonuçlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sezaryen oranlarının %15 sınırlarında tutulmasını önermesine karşın, dünyada pek çok ülkede bu hedefin başarılamadığını söylemek mümkündür (WHO 2001, Arslan, Karahan ve Çam 2008, Karabulutlu 2012). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2016 yılı itibariyle Türkiye'nin sezaryen doğum oranı %53 olarak bildirilmiştir. Aynı zamanda ülkemiz OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkeleri arasında sezaryen doğum oranı açısından birinci sırada yer almıştır (Sülekli ve Mortaş 2015, OECD 2017). Sezaryen doğumdaki artış, perinatal tanı yöntemlerinin gelişmesi, daha güvenli olduğuna inanılması, doğuma bağlı pelvik relaksasyonun önlenmesi, hekimin doğum zamanını belirleyebilmesi, malpraktis endişesi, sağlık çalışanlarında vakum/ forseps tekniklerini uygulayacak eğitim ve becerilerin yetersizliği ve gebenin isteği gibi nedenlerle ilişkilendirilmektedir (Arslan vd. 2008, Kingdon et al. 2018).

Gebenin sezaryen doğum isteği, üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Günümüzde kadınların çoğu doğum şekli konusunda söz sahibi olmak ve doğum kararına katılmak istemektedir. Kadınların genellikle doğum konusunda yanlış ve yetersiz bilgi sahibi olması ve doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğuma yöneldiği

bilinmektedir. Bu yönelimin azaltılması için kadınların doğum şekli tercihini etkileyen faktörlerin bilinmesi oldukça önemlidir. Çalışmalarda gebenin doğum şekli kararının; sosyo-ekonomik düzey, eğitim, eş, aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteği, doğum tecrübesi, doğumla ilgili karışık duygular yaşama, iyileşme süreci, bebeğin doğacağı tarihe karar verebilme durumu, planladığı çocuk sayısı, bebeğin sağlığı ile ilgili endişeler, zor doğum ve ağrı korkusu, doğum konusunda bilgi düzeyi ve hekim önerileri gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir (Korukcu, Kukulcu ve Fırat 2012, Lazoğlu 2014).

Pek çok kadın vaginal doğumu uzun, ağrılı ve korkutucu bir olay olarak algılamakta, ağrı ve doğurma korkusu yaşamaktadır (Süleli ve Moltaş 2015, Lazaoglu 2014). Şahin (2009)'in çalışmasında, kendi tercihi ile sezaryenle doğum yapan kadınların %62,1'inin ağrı korkusu, %26,4'ünün daha güvenli olduğunu düşünmesi nedeniyle sezaryen doğum yaptığı bildirilmiştir. Şen, Dağ ve Senveli (2015)'nin Çanakkale'de 315 gebeye yaptığı çalışmada ise, kadınların gebeliğin son aylarında doğum korkusu yaşama oranlarının yüksek olduğu (%62,5) bulunmuştur.

Kadınların doğumdan korkması ve yetersiz bilgiye sahip olması, doğum şekli ile ilgili karar vermesini etkilemektedir. Gebelik üçüncü trimestere ulaştığında, kadınlar bir yandan yaşadıkları fiziksel yakınmaların da etkisi ile gebeliğin biran önce sonlanmasını isterken diğer yandan doğum eylemi düşünerek korkmakta ve ikilem yaşamaktadır. Bu süreçte bir karar verilmesinin gerekliliği, kadının anksiyetesini artırmaktadır (Vatansever ve Okumuş 2013).

Kadınların günlük yaşamda karar verme stilleri doğum şekli kararını da etkileyen bir faktördür. Vatansever ve Okumuş (2013) tarafından, Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği-II (MKVÖ-II) kullanılarak, 600 primipar gebe ile yapılan çalışmada, karar verme stillerinin doğum şekli tercihinde etkili olduğu, kaçınan tipte karar veren gebelerin doğum şekli konusunda daha çok kararsızlık yaşadığı ve erteleyici tipte karar verenlerin ise çoğunlukla vaginal doğum yaptığı belirlenmiştir. Gebelik sürecinde desteklenmeyen kadınlar doğum şekli konusunda karar vermekten kaçınmakta ve kararı hekim ya da aile üyelerine bırakmaktadır (Moffat et al. 2007).

Park, Yeoum, Choi (2005) kadınların düşünce biçimlerine göre sezaryen eğilimini araştırdığı çalışmada, doğum konusunda doğru bilgiye sahip olmanın mantıklı karar verme için önemli olduğunu, natüralist (doğal) düşünme biçimine sahip olanların sıklıkla normal doğumu, egosantrik düşünme biçimine sahip olanların kendisi ve bebeğinin sağlığından daha fazla endişe duyduğu için sezaryen doğuma yöneldiğini bildirmektedir.

Kadının günlük yaşamda karar verme davranışı, doğum şekli tercihini etkilemesine karşın, literatürde doğum şekli tercihleri ile kadınların karar verme stilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ebelerin kadınların doğum konusundaki yaklaşımlarını biyo-psiko-sosyal açıdan değerlendirmesi önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, gebelerin karar verme stilleri ve doğum beklentisinin doğum şekli tercihleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

- Gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen faktörler nelerdir?
- Doğum şekli tercihleri karar verme stillerine göre nasıl bir farklılık göstermektedir?
- Doğum şekli tercihleri doğum beklentisine göre nasıl bir farklılık göstermektedir?
- Doğum şekli tercihleri sosyo-demografik değişkenlere göre nasıl bir farklılık göstermektedir?
- Doğum şekli tercihleri gebelik özelliklerine göre nasıl farklılık göstermektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Şekilleri

Doğum eylemi, son menstruasyondan ortalama 40 hafta sonra, fetus ve eklerinin intrauterinden dış ortama atılma sürecidir.

2.1.1. Normal Vaginal Doğum

Normal vaginal doğum, son menstruasyondan ortalama 40 hafta sonra, herhangi bir girişim olmadan kendiliğinden başlayan kasılmalarla bebeğin vaginal yoldan doğumunu içeren doğum şeklidir (Prosser et al. 2018). Vaginal doğum eyleminde dört faktör bulunmaktadır. Bunlar;

- Doğum kanalı (pelvisin ölçüleri, tipi, serviksin dilatasyonu, silinme kabiliyeti),
- Fetus (başı, pozisyonu ve prezantasyonu),
- Doğum eylemini etkileyen güçler (uterus kas kontraksiyonlarının süresi, sıklığı, şiddeti ile abdominal ve diyaframatik kasların itici güçleri),
- Annenin psikolojisi (annenin doğuma hazır olması, sosyo-kültürel yapısı, önceki doğum tecrübesi) (Seller 2012).

Vaginal doğum spontan olarak gerçekleşebileceği gibi, vakum, forseps ve epizyotomi ile müdahale de gerektirebilir (Bülbül 2012). Vakum, fetal başa yumuşak vakum çanı yerleştirilerek mekanik bir pompa aracılığı ile vakum ekstraksiyonu uygulanması işlemidir. İlk vakum 1705 yılında Dr. James Yonge tarafından uygulanmıştır. Doğumun 2. Evresinin uzaması, güven vermeyen fetal testlerin varlığı, maternal kardiyovasküler ya da nörolojik bir hastalık varlığında 2. Evrenin kısaltılması gerekliliği, subjektif bir bulgu olan maternal bitkinlik/yorgunluk

durumunda vakum uygulaması ile normal vaginal doğum gerçekleştirilir (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

Forceps ise, öncelikle uterin kontraksiyonlarıyla uyumlu bir şekilde annenin ıkınmasına rağmen fetüsün çıkması için yetersiz olduğu durumlarda bu itici gücü arttırmak amacıyla kullanılmaktadır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017). Bu iki uygulamanın ilk yıllardaki amacı bebeğin iyilik halinden çok anne hayatının kurtarılmasıdır (Börü 2016). Günümüzde forceps ve vakum kullanımı %10-15 civarındayken yalnızca forceps kullanımı %2 civarındadır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

Epizyotomi vaginal çıkışın genişletilerek, perineyi korumak ve fetüsün çıkmasını kolaylaştırmak için introitus vajinada cerrahi bir kesi yapılması işlemidir (Gül 2008, Erbaba ve Pınar 2016). İlk olarak 1972’de tanımlanan epizyotomi 19. Yüzyılın ortalarında ABD (Amerika Birleşik Devletleri) ’de kullanılmaya başlanılmıştır. Epizyotomi uygulamasını destekleyen çalışmaların sınırlı ve güvenilirliği tartışmalı olmasına rağmen 1920’li yıllardan itibaren tüm dünyada ısrarla kullanılmaya devam etmektedir. ABD’de epizyotomi uygulaması %65, İngiltere’de %15-96 civarındayken ülkemizde ise nullipar gebelerde kullanımı neredeyse %100 civarındadır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

2.1.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum, normal doğumun güvenli bir biçimde gerçekleşmesinin mümkün olmadığı hallerde, uygun anestezi yöntemi ile kadının uterus duvarına yapılan bir insizyon sonucunda fetüs ve eklerinin doğurtulması işlemine denilmektedir (Ayaz 2011).

Tarihte karın duvarına yapılmış ilk operasyon sezaryendir. Sezaryen kelimesinin neden kullanıldığına yönelik literatürde üç teori bulunmaktadır. Bunlar, Julius Casar’ın bu şekilde doğması, Latince kesmek manasına gelen “caedere” fiilinden türetildiği, Roma yasalarına göre de, gebeliğin son haftasında hayatını kaybeden

kadınların bebeğini kurtarmak için uygulanan işlemin “lex caesarea” olarak adlandırılmasıdır (Himmetoğlu ve Demirtürk 2003, Ayaz 2011).

Sezaryen doğum konusundaki ilk kayıtlar MÖ 2000 yılında Sümerlere dayanmasına karşın, sezaryen doğum ile fetüsün canlı doğumuna ait en erken olgu MÖ 508’de Sicilya’da görülmektedir. Sezaryena ait girişimler, anestezi, antisepsi ve uterusu dikişin kullanılması 1700’lü yılların sonunda ve 1800’lü yılların başında gelişim gösterebilmiştir. 1900’lerden sonra ise giderek kabul gören bir operasyon haline gelmiştir (Goldberg et al. 2003, Connolly et al. 2005, Ceylantekin 2006). Ülkemizde Cemil Topuzlu tarafından 1900’lü yıllarda İstanbul Nişantaşı’nda ilk başarılı sezaryen doğum gerçekleştirilmiştir (Ceylantekin 2006, Ayaz 2011).

Vaginal doğumun gerçekleştirilmesinin mümkün olmadığı veya doğumun anne ve/veya fetüs için risk oluşturduğu durumlar sezaryen endikasyonudur. Literatürde sezaryen doğuma pek çok endikasyon bildirilmektedir. Bunlar aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Beksaç vd. 2001, Cunningham et al 2001, Park et al. 2005, Ceylantekin 2006, Ayaz 2011, Vatansever ve Okumuş 2013).

Anneye ait endikasyonlar	Fetüse ait endikasyonlar	Plasenta ve eklerine ait endikasyonlar	Sosyal endikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Geçirilmiş sezaryen öyküsü• Distosi• Uterin ağrı zaafı,• Doğum eylemini engelleyecek kronik ve psikolojik hastalıklar• Ağır preeklampsi/eklampsi• Başarısız induksiyon• Doğum yolu ile geçirilmiş operasyon• Doğum kanalının mekanik opstrüksiyonu• Aktif herpes genital	<ul style="list-style-type: none">• Situs ve prezantasyon anomaliler• Fetal distres• İri bebek• Çoğul gebelikte malprezantasyon	<ul style="list-style-type: none">• Kordon komplikasyonları (kordon prezantasyonu, kordon prolapsusu vb.)• Ablatio placentae• Plasenta previa	<ul style="list-style-type: none">• İleri anne yaşı• İnfertilite sorunu

Şekil 1. Sezaryen endikasyonları

Günümüzde tıbbi teknoloji, cerrahi teknikler, anestezi teknikleri ve enfeksiyon kontrol yöntemleri konusunda yaşanan gelişmeler, sezaryen doğumların daha güvenli

ve kolaylıkla uygulananan bir cerrahi doğum yöntemi olmasına neden olmuştur (Konakçı ve Kılıç 2002). Tüm bu nedenlere bağlı olarak sezaryen, dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biri hale gelmiştir. Artan sezaryen doğum oranları üzerine DSÖ, tüm dünyada ideal sezaryen oranlarının %10-15 sınırlarında kalması gerektiğini bildiren bir tavsiye kararı yayınlamıştır (WHO 2001, Demirbaş 2018). DSÖ, 2015 yılında sezaryen oranlarının %10'dan yüksek olanların ölüm oranlarındaki düşüşlerle ilişkili olmadığını ve özellikle güvenli ameliyat yapılmadığı durumlarda cerrahi komplikasyonlara, sakatlığa veya ölüme neden olabileceğini bildiren yeni bir bildiri yayınlamıştır (WHO 2015). Buna rağmen ülkemizde sezaryen doğum oranı giderek artmakta olup, beklenenin oldukça üzerindedir.

DSÖ (2014) verilerine göre ise sezaryen oranları; İsviçre'de %12, Kore'de %13, Japonya'da %19, İngiltere'de %26, Çin'de %27, Almanya'da %32, ABD'de %33, İtalya'da %38, Meksika'da %39, Brezilya'da %52'dir (Öner ve Koçaş 2016).

Dünyadaki 2015 yılı sezaryen oranlarına bakıldığında, en yüksek sezaryen oranı Avrupa ülkelerinde görülmektedir. Batı ve orta Afrika ülkelerinde %4,1 gibi düşük sezaryen oranları varken, ABD ve Kanada'da tüm doğumların %32'si sezaryen ile yapılmış ve çeşitli Latin Amerika ülkelerinde sezaryen oranları %44,3'a ulaşmışken, Doğu Avrupa ve Orta Asya'da %27,3, Batı Avrupa'da ise %26,9 oranında görülmektedir (<http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=25&kid=227>, Erişim tarihi:14 Nisan 2019).

Ülkemiz sezaryen oranları açısından Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2016) verilerine göre OECD ülkeleri arasında %53 ile birinci sırada yer almaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre ise %37 olarak açıklanan oranların, TNSA 2013 verilerine göre %48'lere çıktığı bildirilmektedir.

Sezaryen ile doğum hızının artmasının başlıca nedenleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (Arslan vd. 2008, Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

- Gelişen prenatal tanı yöntemleri sonucunda sezaryen endikasyonlarının artması,

- Doğuma bağlı pelvik relaksasyonun önlenmesi,
- Normal doğum sorumluluğunun hekim üzerindeki baskısı,
- Ebelerin aktif olarak doğum takibi yapamaması,
- Sağlık çalışanlarının eğitim ve becerilerindeki yetersizlikler,
- Kadınlar tarafından sezaryen doğumun daha güvenli olduğunun düşünülmesi
- Hekimin malpraktis korkusu,
- Sezaryen doğumun maddi getirisinin hekimi cezbetmesi,
- Sezaryen doğumda anne ve bebek mortalite ve morbiditesinin daha düşük olduğuna inanma,
- Yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler (IVF, ICSI vb.),
- Hekimin doğum zamanlaması belirleyebilmesi,
- Gebeliğin ileri yaşlara ertelenmesi,
- Geçirilmiş sezaryen öyküsünün artması,
- Doğum öncesi izlemler sırasında gebelere konu hakkında yetersiz danışmanlık yapılması,
- Ağrısız doğum yöntemlerinin yaygınlığının düşük olması
- Doğum korkusu,

2.2. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Gebelik ve doğum fizyolojik bir yaşam olayı olmasına rağmen, kadın için stresli bir dönemdir (Dinç vd. 2014). Gebelikte çoğu kadın ve çevresel faktörlerin de etkisiyle hafif, orta ve şiddetli düzeyde, çelişkili ve belirsiz duygular, içe dönüklük, kaygı ve anksiyete gibi psikolojik değişiklikler yaşabilmektedir (Kaplan vd. 2007, Bülbül vd. 2016). Bu durum anne adayının nasıl doğum yapacağına karar vermesini etkilemektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Günümüzde kadınların çoğu hangi yöntemle doğum yapacağı konusunda söz sahibi olmak istemekte ve sağlık çalışanlarından doğum kararına katılmayı talep etmektedir (Vatansever ve Okumuş 2013). bir fark olduğu belirlenmiştir (Vatansever ve Okumuş 2013).

Gebenin doğum şekline karar vermesini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Literatürde, annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyo-ekonomik yapı,

yaşanılan yer, evlenme yaşı ve süresi, aile tipi, obstetrik öykü, gebeliği planlama durumu, gebelikte düzenli kontrole gitme durumu, önceki doğum şekli, önceki doğumunda sorun varlığı, hekimin cinsiyeti, doğum öncesi eğitim alma durumu gibi etkenlerin doğum şekli kararını etkilediği bildirilmektedir (Bailit et al. 2004, Gözkara ve Eroğlu 2008, Akyol vd. 2011, Karabulutlu 2012, Elkin 2016, Milcent and Zbiri 2018).

Kosan vd. (2019), gebelerin doğum şekli tercihi ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada (n=418), kadınların %17,2'sinin sezaryen doğumu tercih ettiklerini saptamıştır. Kadınların normal vaginal doğum ve sezaryen doğum tercihlerinin, önceki doğum şekli, gebe kalma şekli (doğal/yardımlı), aile/arkadaşın olumsuz doğum hikâyelerinden önemli ölçüde etkilendiğini saptamıştır.

Elkin (2016), tarafından yapılan ve kadınların doğum şekli tercihinin etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada (n=307), gebelerin %46,8'inin doğumunun sezaryen ile gerçekleştiği, doğum şekline karar vermede hekimin (%49,2) etkili olduğu, kadınların doğum şekli tercihleri ile eğitim, yaşanılan yer, aylık gelir, çalışma durumu, ve gebelikte sorun yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (Elkin 2016).

Karabulutlu (2012)'nin 500 multipar kadının normal ve sezaryen doğum tercih etme nedenlerini incelediği çalışmada, kadınların normal doğum tercih oranı (%78,8) olarak bulunmuş, kadınlar çoğunlukla normal doğumu daha sağlıklı olduğuna inandığı (%54,3) için tercih etmiştir. Aynı çalışmada sezaryen tercihinde ilk sırayı hekim önerisi/isteğinin (%50) aldığı bildirilmektedir (Karabulutlu 2012).

Kitapçioğlu ve Yanikkerem (2008)'in çalışmasında ise “bu doğum tipini size kim önerdi? sorusuna, kadınların %57,1'i hekim, %11,3'ü ebe/ hemşire, %27,1'i kendi kararım şeklinde yanıt verdiği, isteğe bağlı sezaryen olanların %60'ına, normal doğum yapan kadınların ise %30,5'ine bu yöntemi hekimlerinin önerdiği belirlenmiştir.

Gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen önemli faktörlerden biri de, doğum beklentisi/korkusudur.

2.3. Doğum Beklentisi/Korkusunun Doğum Şekli Tercihi Üzerindeki Etkisi

Doğum korkusu tokofobi olarak adlandırılır. Yunancada “tokos” doğum, “phobos” korku anlamına gelmektedir (Hofberg and Brockington 2000). Tokofobi tanımının çeşitli kaynaklarda farklı tanımları yapılmıştır. Tokofobi sıklıkla gebelik ve doğumla ilişkili spesifik bir anksiyete türü (Hofberg and Ward 2004, Dossett 2008, Stone and Menken 2008) ve gebelikte ya da doğum esnasında ölmekten korkma (Hofberg and Ward 2004, Levey et al. 2004, Waldenström et al. 2006) ya da doğum korkusu olarak tanımlanmıştır (Hofberg and Ward 2004).

Doğum korkusu Hofberg and Brockington’un (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) tanımlanmış, primipar bir gebenin bilinmeyen şiddetli ağrı beklentisi ile ciddi anksiyete yaşayacağına ve durumun doğumdan korkmasına neden olduğuna vurgu yapılmıştır.

Literatürde gebelerin %20’den %78’e kadar değişen bir oranda gebelik ve doğuma ilişkin korku yaşadığı ve gebe olmayanların ise %13’ünün doğumdan korktukları için gebelikten kaçındıkları ya da gebeliği erteledikleri belirtilmiştir. Komplikasyon riski taşımayan gebelikler incelendiğinde, gebelerin %20’sinin doğumdan aşırı derecede, %6–10’unun doğumdan ciddi bir şekilde korktuğu saptanmıştır (Hofberg and Ward 2003, Kjærgaand et al. 2008, Nilsson and Lundgren 2009).

Literatürde gebeliğin üçüncü trimesterinden itibaren ilk trimesterde yaşanan ambivalan duyguların yerini doğum korkusunun aldığı belirtilmektedir. Çünkü kadın son trimesterde doğumu ve doğum şeklini düşünmektedir (Moffat et al. 2007, Hildingsson 2014, Uçar ve Gölbaşı 2015). Laursen vd. (2009), gebelerle 16. ve 31. gestasyonel haftalar olmak üzere iki defa görüşme yapmış, doğum korkusunun 31. haftada daha yüksek olduğunu saptamıştır. Dönmez, Yenieli ve Kavlak (2014)’in çalışmasında da, kadınların 28. gestasyonel haftadan itibaren kaygı düzeylerinin

arttığı bildirilmiştir. Pek çok kadın vaginal doğumu uzun, ağrılı ve korkutucu bir olay olarak algılamakta, ağrı ve doğurma korkusu ile sezaryen doğuma yönelmektedir (Süleli ve Moltaş 2015, Lazaoğlu 2014).

Doğumda korku; ağrı korkusu gibi biyolojik, kişilik yapısı, geçmiş travma ve deneyimler gibi psikolojik, ekonomik koşullar gibi sosyal faktörlerden etkilenmektedir (Nerum et al. 2006). İsveç'te yapılan bir çalışmada gelir seviyesi ve eğitimi düşük kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadıkları, ayrıca sosyo-ekonomik durumu yetersiz olanların daha olumsuz doğum deneyimi yaşadığı belirlenmiştir (Hildingsson et al. 2002). Saistro vd. (2001) işsizlik, sosyal destek yetersizliği ve eş ile sorun yaşıyor olmanın doğum korkusuna neden olduğunu bildirmektedir. Ayrıca kadının kişiliği de korku yaşama durumunu etkilemektedir. Doğum korkusu anksiyetesi yüksek ve benlik saygısı düşük olan kadınlarda daha fazladır (Saistro vd. 2001).

Doğum korkusu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, doğum korkusunun ayrıntılı ve çok boyutlu olduğu görülmüştür. Doğum korkusunun nedenleri; şiddetli ağrı duyma, obstetrik yaralanmalar, doğum yapabilecek yeterlikte olmadığına inanma, cinsel cazibesini kaybetme ve eşi tarafından beğenilmeme düşüncesi, kontrol kaybı yaşama, doğum eylemi sırasında yeterli destek görememe, doğum sırasında kendi hayatını kaybetme ya da bebeğin hayatını kaybetmesi şeklinde sıralanabilir (Eriksson et al. 2006, Wilkund et al. 2008).

Bir gebenin temel korkularından biri karnındaki bebeğin yaşamından endişelenme ya da bebeğinin anomalili olmasıdır (Fisher et al 2006). Serçekuş ve Okumuş'un (2009) yaptığı kalitatif çalışmada, kadınların yaşadığı doğum korkusunun 5 kategori de toplandığı, bunların bebekte komplikasyon gelişmesi, doğum ağrısından korkma, doğum sırasında gebede komplikasyon gelişmesi, doğum girişimleri ve sağlık personelinin yaklaşımı olduğu bildirilmektedir (Serçekuş ve Okumuş 2009).

Zar vd. (2001) İsveç'te, 32. gestayonel hafta olan gebelerde ağır doğum korkusu ile anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada (n=506), gebelerin 322'sinin

anksiyete belirtileri göstermesine karşın şiddetli doğum korkusu yaşamadığını, 3 gebenin anksiyete belirtileri olmaksızın şiddetli doğum korkusu yaşadığını, 53 gebenin ise, hem anksiyete belirtileri gösterdiği hem de şiddetli doğum korkusu yaşadığını bulmuştur.

Doğum korkusuna sebep olan bir diğer faktör ise “olumsuz doğum deneyimleridir (Çiçek ve Mete 2015). Özellikle parite sayısı doğum korkusunu etkilemektedir. Literatürde nullipar gebelerin doğum korkusu yaşama nedenleri, vaginal doğumla ilgili bilgi sahibi olmaması, sağlıklı bir doğum yapamayacaklarını düşünmeleri (Nieminen et al. 2009, Fenwick et al. 2010), perinide yırtık olacağı düşüncesi, sağlık personeline güvenmemesi, şiddetli ağrı yaşayacağına inanma, olumsuz doğum hikâyelerini dinleme, kontrol kaybı yaşama ve doğum korkusuna yönelik herhangi bir danışmanlık almama olarak bildirilmektedir (Niemen 2009). Multipar gebelerin korku nedenleri ise, sıklıkla önceki doğumlarda yaşanan olumsuz deneyimlerdir. Örneğin, doğumda şiddetli ağrı yaşama, forseps ve vakum kullanms, epizyotomi açılması, yırtık varlığı ve acil sezaryene alınma olarak belirtilmektedir. (Yaşar, Şahin ve Coşar 2007, Lazoğlu 2014, Uçar ve Gölbaşı 2015). Doğum deneyiminin olumsuz olması, kadının kendisini güçsüz ve değersiz hissetmesine neden olarak ruh sağlığını bozmakta ve doğum korkusu gelişmesine yol açmaktadır (Nieminen et al. 2009, Størksen et al. 2013). Sydsjö vd. (2013), tarafından yapılan bir çalışmada, travmatik doğum deneyimi olan gebelerde sezaryen doğumun 5,2 kat arttığı bildirilmektedir. Benzer şekilde Størksen vd. (2013)’nin çalışmasında olumsuz doğum deneyimi yaşayan gebelerde doğum korkusunun 4,8 kat arttığı bildirilmektedir. Ayrıca doğum korkusu, doğumda komplikasyon gelişen kadınlarda 1,9 kat, birden fazla komplikasyon gelişenlerde ise 2,9 kat arttırmaktadır (Størksen et al. 2013). Rouhe vd. (2009), 1400 gebe ile yaptığı çalışmada, doğum korkusunun, önceki sezaryen doğum ve vakum ile doğumu gerçekleştirenlerde daha fazla olduğunu saptamıştır. Melender (2002), önceki gebeliğine ait olumsuz deneyimleri olanların, ikinci gebeliklerinde doğum korkusu yaşadıklarını, önceki gebeliğinde bebeğini kaybedenlerin anksiyete seviyelerinin ikinci gebeliklerinde daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

Gebelerin yaşadığı doğum korkusunun ciddi sonuçları olabilir. Doğum korkusu, doğumda artmış müdahale, doğum sonrası depresyon, acil sezaryen doğum, travma sonrası stres sendromu ve anne-bebek etkileşiminde bozulma gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir. Bu sonuçlar kadının fiziksel ve emosyonel iyilik hali açısından önemlidir (Fisher et al. 2006). Kişi, korku verici bir durumla karşılaştığında dikkati dağılır, tehdide neden olan faktör üzerine odaklanır ve endişesi artar. Bu da kadını olumsuz bir duygu durum içine yöneltir. Aşırı korku sağlıklı düşünmeyi, mantıklı karar vermeyi ve soğukkanlı olmayı engeller. Aksine pek çok araştırma gebelik sırasında yaşanan pozitif beklentilerin pozitif doğum deneyimi ile sonuçlandığını göstermiştir (Hofberg and Brockington 2000, Saisto et al. 2001, Nerum et al. 2006). Şiddetli korku, genellikle travmanın uzaması ile sonuçlanır. Buna bağlı olarak annede kan basıncında artma ve toksemi gelişebileceği gibi, yenidoğanda artan uterin arter basıncı prematürite ya da asfiksiye neden olabilir. Doğum korkusu emzirmeyi, annelik rolüne adaptasyonu ve anne-bebek etkileşimini güçleştirir (Wilkund et al. 2008). Bu sebeple gebede oluşan korkunun neden olabileceği komplikasyonlardan korunması için doğum şekline karar verme sürecinde doğru desteklenmesi oldukça önemlidir.

2.4. Gebelerin Karar Verme Stillерinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi

2.4.1. Karar Verme Stilleri

Karar verme, kişinin gereksinim duyduğu konuda sonuca ulaşması için çok sayıda seçenek olduğunda yaşanan bir yöneliş olarak tanımlanmaktadır (Vatansever ve Okumuş 2009). Karar verme zihinsel bir süreçtir ve insanlar için önemli yaşam becerilerinden biridir. Bireyin tüm eylem ve davranışları bilinçli ya da bilinçsiz olarak bir karar verme işlemi sonucu gelişir. Karar verme sürecinde uygun ve doğru kararlar vermek, bireysel yaşamda olumlu değişim ve gelişmelere oluşturmakta iken, uygunsuz/yanlış kararlar tüm yaşamı etkileyebilecek olumsuz sonuçlar yaratabilir. Günümüzde yaşanan teknolojik ve ekonomik gelişmeler, insanların yaşamını karmaşıktırarak karar vermeyi güçleştirmekte ve alternatifler üzerinde daha fazla düşünmeyi gerekli kılmaktadır (Vatansever 2009).

Karar verme, ortaya çıkan durumun algılanmasıyla başlar. Sorunun çözülmesi ve istendik bir amaca ulaşmak için kişi mevcut seçenekler arasından bir davranış biçimi seçer. Karar verme süreci; entelektüel ve bilişsel eylemler içermekte ve eleştirel düşünme becerisinin kullanılmasını gerektirmektedir. Karar verme sürecinde, yaşanan soruna ilişkin bakış açısını netleştirmek ve konuyu tüm yönleriyle algılamak önemlidir (Taşçı 2005, Vatansever 2009).

Karar vermede en önemli faktör, bireyin kişilik özellikleri ve izlediği yöntemdir. Karar verme sürecinde özsaygı ve özgüven belirleyicidir. Kişisel değerini bilen, yetenekleri ve güçlü yönlerinin farkında olan bireyler, karar verirken daha gerçekçi yaklaşımlar sergilemektedir (Vatansever 2009).

Bireyin verdiği kararlar, karar verme stili çerçevesinde şekillenir. Deniz (2004)'e göre kişi karar verme sürecinde 4 (dört) farklı stil kullanmaktadır. Bunlar; dikkatli, kaçınan, erteleyici ve panik karar vermedir.

- *Dikkatli karar verme stili:* Karar vermeden önce konu hakkında özenli bir şekilde bilgi arayışına girilir ve alternatifler dikkatli bir şekilde değerlendirildikten sonra seçim yapılır.
- *Kaçınan karar verme stili:* Karar vermekten kaçınma ve kararları başkalarına bırakma eğilimi söz konusudur.
- *Erteleyici karar verme stili:* Karar verme, geçerli bir neden olmaksızın sürekli ertelenmeye çalışılır.
- *Panik karar verme stili:* Kişi bir karar durumuyla karşı karşıya kaldığında, kendisini zaman baskısı altında hisseder ve acele çözümlere ulaşmaya çalışır.

2.4.2. Karar Vermeyi Etkileyen Faktörler

Karar verme, pek çok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Karar verme süreci öncelikle problemin algılanması ile başlar. Bu süreçte problemin algılanması iç (internal) ve dış (eksternal) faktörler etkilenmektedir. İç (internal) faktörler; karar vericinin kişisel özellikleri, fiziksel ve duygusal durumu, geçmişi, yaşam tecrübelerini, bilgi birikimi ve olaylar karşısında temel tutumları olarak özetlenebilir.

Örneğin; bireyin benlik saygısı ve özgüveni problemi algılayışı, çözme biçimi ve karar verirken risk alma davranışını etkilemektedir (Patricia and Yoder 1999).

Karar verme bireyin kişisel özellikleri, yaş, eğitim, çalışma durumu, cinsiyet ve geçmiş yaşam deneyimlerinden etkilenmektedir (Özkan ve Hacıhasanoğlu 2012). (Shiloh, Koren, Zakay 2001). Örneğin araştırmalarda karar verme yetkinliğinin yaşa bağlı olarak arttığı bildirilmektedir (Kuzgun ve Bacanlı 2005).

Dış (eksternal) faktörler ise; zaman ve çevresel koşullar, kültürel ve sosyal baskılar, gelenek ve yaygın uygulamalardır. Örneğin, sosyal çevrenin “daima bu şekilde yapıyoruz” şeklindeki tutumu karar vereni yönlendirmektedir (Patricia and Yoder 1999, Shiloh, Koren, Zakay 2001). Literatürde kişilerin aile üyeleri, arkadaşları gibi yakın çevresine karşı kendini sorumlu hissettikleri ve bu durumun verdikleri kararları etkilediği belirtilmektedir (Kuzgun ve Bacanlı 2005).

Karar verme sürecini etkileyen faktörler, açık ve kapalı faktörler olarak da sınıflandırılabilir. Açık faktörler; düşünce sistemleri veya mekanik adımlardır. Bu durumda bireyler karar alırken çeşitli karar verme modellerini kullanmaktadır. Karar verme modelleri veri toplaması, seçenekleri belirleme ve seçim yapmak için sistemli bir düşünce biçimi sağlamaktadır (Patricia and Yoder 1999).

Kapalı faktörler ise, açık faktörler kadar kesin olmayan subjektif (soyut) faktörler olarak da bilinmektedir. Kapalı faktörler, karar veren bireyin kişisel değerleri, benlik saygısı, karar verme motivasyonu ve karar verme gücünü tanımlamaktadır. Kişinin karar verme gücü, verdiği kararların bağımsızlığının belirleyicisidir. Karar verme gücü yüksek olan bireyler, kararlarını daha bağımsız verebilmektedir (Vatansever 2009).

2.4.3. Doğum Şekli Tercihinde Kadınların Karar Verme Stilleri ve Ebenin Rolü

Günümüzde kadınların çoğu doğum şekli konusunda söz sahibi olmak ve doğum kararına katılmak istemektedir. Kadınların genellikle doğum konusunda yanlış ve

yetersiz bilgi sahibi olması, buna bağlı olarak doğumdan korkması doğum şekli tercihini etkilemekte ve sezaryen doğuma yönelmesine neden olmaktadır (Korukcu, Kukulu ve Fırat 2012, Lazoğlu 2014). Bir kadının doğum konusunda yeterli bilgi sahibi olması, doğum şekli ile ilgili karar verme yeteneğini etkilemektedir. Kadınlar genellikle, 28. gestasyonel haftadan itibaren doğumun nerede ve nasıl olacağını düşünmeye başlamaktadır. Kadınlar bir yandan gebeliğin biran önce sonlanmasını isterken diğer yandan doğum eylemi düşünerek korkmakta ve ikileme düşmektedir. Bu süreçte bir karar verilmesinin gerekliliği, kadının anksiyetesini artırmaktadır (Vatansever ve Okumuş 2013). Gebelik sürecinde yeterli desteği bulunmayan kadınlar doğum şekline karar vermekten kaçınmakta ve kararı hekim ya da aile üyelerine bırakabilmektedir (Moffat et al. 2007).

Kadınların günlük yaşamda karar verme stilleri doğum şekli kararını da etkileyen bir faktördür. Fakat literatürde doğum şekli tercihleri ile kadınların karar verme stilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Vatansever ve Okumuş 2013). Vatansever ve Okumuş (2013) tarafından, Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği-II (MKVÖ kullanılarak 600 primipar gebe ile yapılan çalışmada, karar verme stillerinin doğum şekli tercihinde etkili olduğu, kaçınan tipte karar veren gebelerin hangi yöntemle doğum yapacağı konusunda çoğunlukla kararsız kaldığı ve erteleyici karar verme stiline sahip kadınların ise çoğunlukla normal doğuma karar verdikleri belirlenmiştir.

Park, Yeoum, Choi (2005)'nin kadınların düşünce biçimleri ile sezaryen doğum eğilimi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada, sosyal çevrenin sezaryen artışında etkili olduğunu, doğru bilgiye sahip olmanın mantıklı karar vermede önemli olduğunu belirtmekte ve natüralist (doğal) düşünme biçimine sahip olanların sıklıkla normal doğumu, egosantrik düşünme biçimine sahip olanların kendisi ve bebeğinin sağlığından daha fazla endişe duyduğu için sezaryen doğuma yöneldiğini bildirmektedir.

Bu sonuçlar gebelik ve doğum hizmetlerinin sunumunda görev yapan tüm sağlık çalışanlarının gebelere doğru bilgilendirme yapmasının önemine dikkat çekmektedir.

Bu konudaki en önemli görev kadının sağlık danışmanı ve eğitimcisi olarak görev yapan ebelere düşmektedir.

İnsanlığın varoluşundan beri kültürlerin hepsinde doğuma yardım görevini ebeler üstlenmiştir. DSÖ tarafından ebelik, “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını ve aile planlaması danışmanlığını yapmak” olarak tanımlanmıştır (Aslan vd. 2008, Çakaloz ve Çoban 2019). Ebelik tanımının temelleri; üreme sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel koşulların iyileştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi, tespiti ve uygun şekilde yönetimi, kadının yaşam koşullarına saygı duyarak işbirliği halinde çalışma ve kadınların kendisine ve ailesine bakabilme kapasitesini güçlendirme çalışmalarından oluşmaktadır (Karahana 2018).

Uluslar arası ebelik felsefesi, gebelik ve doğumun normal fizyolojik bir süreç olduğuna ve gereksiz her türlü müdahaleden korunması gerektiğine odaklanmıştır. Nitekim ebelik hizmetinin iyi olduğu Avustralya, Yeni Zelanda, Hollanda, İngiltere ve İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde gebelik ve doğum hizmetleri, ebelerin yönetiminde kesintisiz olarak yürütülmekte ve kadın prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almaktadır (Arslan vd. 2008, Çakaloz ve Çoban 2019).

Literatürde ebelik hizmetinden yeterli düzeyde yararlanamayan gebelerin, gebelik sürecince duyulan endişe ve korkunun artmasıyla birlikte daha çok sezaryen doğumu tercih ettiği bildirilmektedir (Hildingsson 2014, Vural ve Erenel 2017). Wiklund vd. (2012), gebelikte oluşan doğum korkusunun ebeler tarafından verilen doğum öncesi danışmanlıkla azaltılabileceğine vurgu yapmakta ve İsveç’te gebelerin doğum korkusuna yönelik, ebeler ve kadın doğum uzmanları ile birlikte danışmanlık verildiğini belirtmektedir. Hodnett vd. (2013)’nin 15288 kadında yapılan metaanalizde, sürekli destek alan kadınlarda vaginal doğum oranının daha fazla olduğu belirlenmiş, ayrıca doğum esnasında kadınların ebelere yönelik destek algıları arttıkça vaginal doğumu tercih etme oranları arttığı belirtilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı kesitsel tipte yapılan bu araştırma, gebelerin doğum tercihleri üzerinde etkili olan faktörleri incelemek ve doğum şekli tercihleri üzerinde karar verme stilleri ile doğum beklentilerinin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma 15 Haziran 2016-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Rize Devlet Hastanesi'nde, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak, gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Anılan hastane Rize ilinde, 51000 metrekare kapalı alanda, 358 yatak kapasitesiyle sağlık hizmeti sunmakta olup, 17 farklı branşta yataklı sağlık hizmeti, 64 poliklinikte 22 uzmanlık dalında ayaktan tedavi hizmeti yürütmektedir. Hastanede gebelik ve doğum hizmetleri, 4(dört) poliklinik ve 1(bir) kadın-doğum servisi ve 1(bir) doğumhane ünitesinde yürütülmektedir. Hastane 2005 yılında "Bebek Dostu Hastane" unvanını almış olup, 2018 yılında 'Gebe Okulu' açılarak kadınlara gebelik ve doğum konusunda eğitimler verilmeye başlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; T.C. Sağlık Bakanlığı Rize Devlet Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine başvuran tüm gebeler, örneklemini ise;

- En az 20. Gestasyonel haftada olan,
- Gebeliğe etki eden herhangi bir kronik hastalığı olmayan,
- Türkçe konuşma ve anlama problemi olmayan,

- Çalışmaya katılmaya gönüllü 900 gebe oluşturmuştur.

Bu çalışmada örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı, 0,2 etki büyüklüğü (effect size) ve %84 power değeri 900 denek olarak belirlenmiştir.

3.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler

Araştırmada bağımlı değişken kadınların doğum şekli tercihleridir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise, yaş, çalışma durumu, yaşadığı yer, evlenme yaşı, toplam evlilik süresi, aile tipi, gelir düzeyi, gebelik, doğum, yaşayan çocuk ve düşük/kürtaj sayısı, gebelik haftası, gebeliği planlama durumu, tedavi görme durumu, sağlık problemi yaşama durumu, düzenli kontrole gitme, karar verme stilleri, doğum beklentisi ölçek puanlarıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında; Gebe Tanılama Formu (EK.1.), “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)“ (EK.2.) ve “Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu“ (EK.3.) kullanılmıştır.

Gebe Tanılama Formu, literatür doğrultusunda, araştırmacı tarafından geliştirilen, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile doğum şekli tercihlerini sorgulayan toplam 27 adet sorudan oluşmaktadır (Arslan vd. 2008, Şahin 2009, Gözükara ve Eroğlu 2011, Karabulutlu 2012, Vatansever ve Okumuş 2013, Lazaoğlu 2014, Çiçek ve Mete 2015, Sülekli ve Mortaş 2015, Şen, Dağ ve Senveli 2015) (EK.1.).

Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II): Gebelerin karar verme stillerini belirlemek amacıyla Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, karar vermede öz-saygıyı ölçen 6 madde içermekte olup, doğru (2), bazen doğru (1) ve doğru değil (0) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin, 2., 4., ve 6. maddeler ters girişlidir. Ölçeğin ikincisi 4 alt boyut ve toplam 22 maddeden oluşmakta olup, dikkatli karar verme (6 madde),

erteleyici karar verme (5 madde), kaçınan karar verme (6 madde) ve panik karar verme (5 madde) olmak üzere karar bireyin karar verme stilini belirleyici sorulardan oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan puanların yüksekliği, söz konusu alt boyutla ilgili karar verme stilinin kullanıldığına işaret etmektedir. Ölçeğin alt boyutları, alt boyutu oluşturan maddeler ve alt boyutun nasıl bir karar verme stilini gösterdiğine ilişkin bilgi Şekil 2’de verilmiştir. Ölçeğin ikinci kısmında ters girişli ifade bulunmamaktadır. Ölçek daha çok sosyal bilimler alanındaki çalışmalarda kullanılmış olup, Türkçeye Deniz (2004) tarafından uyarlanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin toplam cronbach alpha değeri 0,771 olarak bulunmuştur (EK.2.)

Alt boyut	Alt boyutu oluşturan maddeler	Alt boyutun anlamı
Dikkatli karar verme	2, 4, 6, 8, 12, 16. maddeler	Bireyin alternatifleri dikkatlice değerlendirdikten sonra seçmesi
Erteleyici karar verme	5, 7, 10, 18, 21. maddeler	Bireyin karar vermeyi sürekli ertelemesi ve geciktirmesi
Kaçınan karar verme	3, 9, 11, 14, 17, 19. maddeler	Bireyin kararları başkalarına bırakma eğiliminde olması
Panik karar verme	1, 13, 15, 20, 22. maddeler	Bireyin bir karar durumuyla karşı karşıya kaldığında aceleci çözümlere ulaşma eğiliminde olması

Şekil 2. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II) Değerlendirilmesi

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu: Doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma (1998) tarafından geliştirilmiş, Türk kültürüne Körükcü ve Kukulcu (2008) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek 6’lı likert tipinde olup, 0 “tamamen”, 5 “hiç” olarak puanlanmakta ve toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı soruları

ters girişlidir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-165 arasındadır. Ölçekten alınan puanların artması, doğum korkusunun arttığını göstermektedir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin cronbach alfa değeri 0,89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0,879 olarak bulunmuştur (EK.3.).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, etik kurul izni (EK.4.) ve kurum izni (EK.5.) alındıktan sonra, araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Araştırma sağlık disiplinlerinde yaygın kabul gören, her bireyin kendine özgü bütünlüğü içinde eşsiz olduğu düşüncesi ile “insan onuruna saygı” ilkesi göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği 10 gebeye pilot uygulama yapılarak değerlendirilmiştir. Pilot uygulama yapılan gebeler örneklem dışında bırakılmıştır. Pilot çalışma sonucunda, veri formunda anlaşılmayan sorular yeniden düzenlenmiştir.

Araştırmada veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın uygulanacağı hastaneye gebe muayenesi için başvuran ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan gebelere, muayene öncesi bekleme odasında araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak izinleri alınmıştır. Veri toplama formları çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerle yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur. Veri toplama formların uygulanma süresi bir kişi için ortalama 10-15 dakikadır. Gebelere hastanenin uygulama protokolleri dışında herhangi bir girişim ya da işlem yapılmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Bu çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında lisanslı (seri no: 5f551afac84a24ad7a95) IBM SPSS (versiyon 21.0) İstatistik paket programı ile değerlendirilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05

kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle sayısal değişkenler arasındaki farklılıklar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

Kategork değişkenler arasındaki farklılıklar Ki-Kare analizi ile değerlendirilmiş, gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test, RxC tablolarında Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Normal dağılımdan gelmeyen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlanması aşamasında, Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)(EK.2.) ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu (EK.3.) ölçeklerinin kullanılabilmesi için Türkçe'ye uyarlayan kişilerden e-posta yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmada veriler toplanmaya başlamadan önce, etik kurul izni (EK.4.) ve kurum izni (EK.5.) alınmıştır. Ayrıca verilerin toplanması sırasında uygulama yapılabilmesi için ilgili klinikte görev yapan hekim ve hemşirelere de sözel olarak bilgilendirme yapılmıştır.

Gebelere, araştırmanın önemi ve amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmak için onayları alınmış olup, katılmalarında gönüllük ilkesi esas alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırmada, verilerin toplanması sırasında gebelerin çalışmaya katılmaya istekli olması, sağlık çalışanlarının destekleyici yaklaşımı çalışmanın yürütülmesini kolaylaştırmıştır.

Araştırmanın en önemli sınırlılıkları, gebelerin doğum şekli tercihlerini sorguladığımızda kadınların idealize edilmiş cevaplar verebilme olasılığına karşın, nasıl doğum yaptıklarının değerlendirilmemiş olması ve daha önce sezaryen doğum yapmış olan gebelerin araştırma dışı bırakılmasıdır.

Araştırma yalnızca Rize ilinde yapılmış olup, tüm gebelere genellenemez. Ayrıca alışma Rize ilinde yalnızca devlet hastanesinde yapılmış olup, eğitim araştırma ve özel hastaneleri kapsamamaktadır.

4. BULGULAR

Gebelerin doğum tercihleri üzerinde etkili olan faktörleri incelemek ve karar verme stilleri ile doğum beklentilerinin etkisini belirlemek amacıyla 900 gebe ile tanımlayıcı kesitsel tipte gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları 3(üç) başlık altında verilmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Doğum Şekli Tercihlerinin Sosyo-demografik ve Gebelik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

4.3. Doğum Şekli Tercihlerinin Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği-A Puanları Açısından Karşılaştırılması

4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelerin yaş, evlenme yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, toplam evlilik süresi, parite, gebeliğin planlanma durumu, gebelik için tedavi görme durumu, gebelikte sağlık problemi yaşama durumu, toplam gebelik, doğum, çocuk sayısı, antenatal izlemler, doğum şekli tercihlerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Eğitim düzeyi		
Okuryazar/okuryazar değil	15	1,7
İlköğretim mezunu	301	33,4
Lise mezunu	282	31,3
Üniversite ve üzeri	302	33,6
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	651	72,3
Çalışıyor	249	27,7
Yaşadığı yer		
Köy	100	11,1
İlçe	231	25,7
Şehir merkezi	569	63,2
Eşin çalışma durumu		
Çalışmıyor	45	5
Çalışıyor	855	95
Aile tipi		
Çekirdek aile	717	79,7
Geniş aile	183	20,3
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	128	14,2
Gelir gidere denk	645	71,7
Gelir giderimden fazla	127	14,1
	Mean	ss
Yaş	28,53	5,03
Evlenme yaşı	23,4	3,8
Toplam evlilik süresi (yıl)	5,13	4,55
Toplam	900	100

n:kişi sayısı, Mean=ortalama, ss=standart sapma

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %33,4'ünün ilköğretim, %31,3'ünün lise ve %33,6'sının üniversite ve üzerinde bir okuldan mezun olduğu, çoğunluğu %72,3'nün çalışmazken, %27,7'sinin gelir getiren bir işte çalıştığı, %63,2'sinin şehir merkezinde, %25,7'sinin ilçelerde ve %11,1'in köyde yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmada kadınların %95'nin eşinin çalışmakta olup, %71,7'i (n=645) gelirinin giderine denk olduğunu beyan etmiştir. Kadınların %79,7'sinin (n=717) çekirdek, %20,3'ün geniş aileye sahiptir.

Gebelerin yaş ortalaması 28,53±5,03 olup, evlenme yaşı ortalama 23,4±3,8, toplam evlilik süresi ise ortalama 5,13±4,55 yıldır (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların Gebelik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Parite		
Primipar	354	39,3
Multipar	461	51,2
Grand multipar*	85	9,5
Gebeliğin planlanma durumu		
Hayır	194	21,6
Evet	706	78,4
Gebelik için tedavi görme durumu		
Hayır	853	94,8
Evet	47	5,2
Gebelikte sağlık problemi yaşama durumu		
Hayır	661	73,4
Evet**	239	26,6
	Mean	ss
Toplam gebelik sayısı	2,04	1,08
Toplam doğum sayısı	0,83	0,87
Yaşayan çocuk sayısı	0,82	0,86
Düşük/kürtaj	0,22	0,52
Gebelik haftası	35,97	2,48
Toplam	900	100

n:kişi sayısı, Mean=ortalama, ss=standart sapma

*4 ve üzerinde gebeliği olanlar grandmultipar olarak değerlendirilmiştir.

** Gebelikte yaşanan sorunlar; düşük tehdidi, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, enfeksiyon, hiperemezis gravidarum'dur.

Araştırmada kadınların gebelik özellikleri incelendiğinde; %39,3'ünün primipar, %51,2'sinin multipar ve %9,5'inin grandmultipar (4 ve üzerinde gebelik) olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğunun (%78,4) gebeliğini planladığı, %5,2'sinin gebe kalmak için tedavi gördüğü belirlenmiştir. Gebelerin %26,6'sı (n=239) gebelikte sorun yaşadığını bildirmiş, bu sorunlar düşük tehdidi, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, enfeksiyon, hiperemezis gravidarum olarak belirlenmiştir. Olguların gebelik ve doğum sayıları incelendiğinde; toplam gebelik sayısının ortalama 2,04±1,08, toplam doğum sayısının ortalama 0,83±0,87, yaşayan çocuk sayısının ortalama 0,82±0,86,

düşük/kürtaj sayısının ortalama $0,22\pm 0,52$ olduğu belirlenmiştir. Olguların gestasyonel hafta ortalaması ise $35,97\pm 2,48$ olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Antenatal İzlemlerine İlişkin Değişkenlerin Dağılımı

Özellikler	n	%
Düzenli kontrole gitme durumu		
Hayır	100	11,1
Evet	800	88,9
Aile sağlığı merkezine gitme durumu		
Hayır	229	25,4
Evet	671	74,6
Özel hastane /muayenehaneye gitme durumu		
Hayır	417	46,3
Evet	483	53,7
Devlet / eğitim araştırma hastanesine gitme durumu		
Hayır	1	0,1
Evet	899	99,9
Ebe/hemşire tarafından izlem yapılma durumu		
Hayır	375	41,7
Evet	525	58,3
Gebelik ve doğum hakkında		
Gebe bilgilendirme sınıfından eğitim alma		
Hayır	892	99,1
Evet	8	0,9
Gebelik ve doğum hakkında		
internet/ kitap/dergilerden bilgi alma durumu		
Hayır	346	38,4
Evet	554	61,6
Gebelik ve doğum hakkında		
kadın doğum hekiminden eğitim alma		
Hayır	643	71,4
Evet	257	28,6
Gebelik ve doğum hakkında		
ebeler/ hemşirelerden eğitim alma		
Hayır	496	55,1
Evet	404	44,9
Toplam	900	100

n:kişi sayısı

Araştırmada gebelerin %88,9'unun (n=800) düzenli olarak kontrole gittiği, %74,6'sının aile sağlığı merkezinde, %53,7'sinin özel hastane/muayenehanede, %99,9'unun devlet/eğitim araştırma hastanesinde izlendiği belirlenmiştir. Kadınların %58,3'ü antenatal izlemleri sırasında ebe ve hemşireler tarafından muayene edildiğini beyan etmektedir. Kadınların gebelik konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında ise; sadece %0,9'unun (n=8) gebe bilgilendirme sınıfından eğitim aldığı, %61,6'sının internet/kitap/dergilerden, %28,6'sının kadın-doğum hekiminden ve %44,9'unun ebe/hemşirelerden gebelik konusunda bilgi ve eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Dağılımı

Doğum Şekli	n	%
Doğum şekli tercihi		
Normal vaginal doğum	646	71,8
Sezaryen doğum	254	28,2
Doğum şekline kendi karar verme durumu		
Hayır	163	18,1
Evet	737	81,9
Doğum şekline eşin/ailenin karar verme durumu		
Hayır	847	94,1
Evet	53	5,9
Doğum şekline hekimin karar verme durumu		
Hayır	557	61,9
Evet	343	38,1
Toplam	900	100

n:kişi sayısı

Araştırmada gebelere “bebeğiniz ve sizinle ilgili hiçbir tıbbi problem olmadığını düşünürsek, doğumunuzu hangi yöntemle yapmayı planlıyorsunuz” sorusu yöneltildiğinde gebelerin %71,8'i normal vaginal doğum, %28,2'si sezaryen doğum yapmak istediğini beyan etmiştir. Kadınların %81,9'u doğum şekli konusunda kararı kendisinin verdiğini bildirirken, %5,9'nun (n=53) eş/ailesinin, %38,1'i ise hekimunun tavsiyesi/yönlendirmesi olduğunu söylemektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Doğum Şekli Tercih Nedenlerinin Dağılımı

Sezaryen doğum tercih nedenleri*	n (%)	Normal doğum tercih nedenleri*	n(%)
Bebek için daha sağlıklı olduğuna inanma	19 (7,4)	Vücudun doğasına uygun olduğuna inanma	422 (65,3)
Cinsel organlarında yaralanma/sarkma korkusu	19 (7,4)	Anestezi/ ameliyat korkusu	209 (32,3)
Doğum ağrısından korkma	62 (24,4)	Hekim önerisi	55 (8,5)
Doğum zamanını önceden belirleyebilme şansı olması	21 (8,3)	Eş ve aile üyelerinin baskısı	11 (1,7)
Normal doğumdan korkma	67 (26,4)	Maliyetinin düşük olması	3 (0,5)
Daha önceki doğumun zor olması	10 (3,9)	İyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği	383 (59,3)
Normal doğumun cinselliğini olumsuz etkilemesinden korkma	10 (3,9)	3 ‘ten fazla çocuk isteği	57 (8,8)
Tüpleri bağlatmayı isteme	15 (5,9)	Önceki doğumun normal ve sorunsuz olması	153 (23,7)
Gebeliğin tedavi sonucu olması	5 (1,9)	En sağlıklı yöntem olduğuna inanma	525 (81,3)
Bir önceki doğumun sezaryenle olması	177 (69,7)	Günahların affedileceğini düşünme	52 (8,0)
Gebelikte risk bulunması (plasenta previa, iri bebek, çoğul gebelik, vajinismus)	21 (8,3)		
Toplam	254 (100)		646 (100)

n:kişi sayısı

*Birden çok sayıda yanıt verildiğinden n sayısı katlanmıştır

Araştırmada gebelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri yüzdelerle dağılımları açısından sırasıyla; bir önceki doğumun sezaryenle gerçekleşmesi (%69,7), normal doğumdan korkma (%26,4), doğum ağrısından korkma (%24,4), doğum zamanını önceden belirleyebilme şansının olması (%8,3), gebelikte risk bulunması (%8,3), bebek için daha sağlıklı olduğuna inanma (%7,4), cinsel organlarda yaralanma ve sarkma korkusu (%7,4), tüpleri bağlatmayı isteme (%5,9), daha önceki doğumun zor olması (%3,9), normal doğumun cinselliğini olumsuz etkilemesinden korkması (%3,9), gebeliğin tedavi sonucu olması (%1,9) şeklindedir (Tablo 5). Araştırmada gebelerin normal doğumu tercih etme nedenleri yüzdelerle

dağılımları açısından sırasıyla; bebek ve kendisi için en sağlıklı yöntem olduğuna inanma (%81,3), vücudun doğasına uygun yöntem olduğunu düşünme (%65,3), erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği (%59,3), anestezi/ameliyat korkusu (%32,3), önceki doğumun normal ve sorunsuz olması (%23,7), 3’den fazla çocuk isteği (%8,8), hekim önerisi (%8,5), günahlarının affedileceğine inanma (%8,0), eş ve aile üyelerinin baskısı (%1,7), maliyetinin sezaryene göre düşük olması (%0,5) şeklindedir (Tablo 5).

Tablo 6. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puanlarının Dağılımı

Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II	Mean	ss	Min-Max
Karar vermede öz saygı	9,21	1,99	1-12
Dikkatli karar verme alt boyutu	9,85	1,98	0-12
Kaçıngan karar verme alt boyutu	4,13	2,55	0-12
Erteleyici karar verme alt boyutu	3,68	2,60	0-10
Panik karar verme alt boyutu	4,00	2,44	0-10
Ölçek Toplam Puanı	21,65	6,38	3-43
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçek Toplam Puanı	55,75	19,80	4-134

Mean: ortalama, ss: standart sapma, Min: minimum değer, Max: maksimum değer

Tablo 6’da gebelerin MKVÖ ’nin alt boyutları ve W-DEQ A versiyonunun puan ortalamaları gösterilmektedir. Çalışmada gebelerin MKV ölçeği “*Karar Vermede Özsaygı*” ortalamasının $9,21 \pm 1,99$ olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde ise; kadınların “dikkatli karar verme” den $9,85 \pm 1,98$ puan, “kaçıngan karar verme” den $4,13 \pm 2,55$ puan, “erteleyici karar verme” den $3,68 \pm 2,60$ puan ve “panik karar verme” den $4,00 \pm 2,44$ puan aldığı belirlenmiştir. Gebelerin W-DEQ A versiyonu toplam puanının ortalaması ise, $55,75 \pm 19,80$ olarak saptanmıştır (Tablo 6).

4.2. Doğum Şekli Tercihlerinin Sosyo-ekonomik ve Gebelik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde, kadınların doğum şekli tercihleri ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, parite, gebeliğin planlanma durumu, gebelikte tedavi görme, gebelikte sağlık problemi yaşama,

düzenli kontrole gitme, yaş, evlenme yaşı, toplam evlilik süresi, toplam gebelik ve doğum sayısı, gebelikte eğitim alma değişkenleri ile ilişkisine yönelik bulgular sunulacaktır.

Tablo 7. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Doğum Şekli Tercihlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Nasıl doğum yapmayı planlıyorsunuz ?			İstatistiksel Analiz	
	Normal vaginal doğum	Sezaryen doğum	Toplam	Ki Kare	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Eğitim düzeyi					
Okuryazar değil/okuryazar	9 (1,4)	6 (2,4)	15 (1,7)		
İlköğretim mezunu	192 (29,7)	109 (42,9)	301 (33,4)	16,268	0,001
Lise mezunu	213 (33,0)	69 (27,1)	282 (31,3)		
Üniversite ve üzeri	232 (35,9)	70 (27,6)	302 (33,6)		
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	483 (74,8)	168 (66,1)	651 (72,3)	6,779	0,009
Çalışıyor	163 (25,2)	86 (33,9)	249 (27,7)		
Yaşadığı yer					
Köy	69 (10,7)	31 (12,2)	100 (11,1)	3,81	0,149
İlçe	156 (24,1)	75 (29,5)	231 (25,7)		
Şehir merkezi	421 (65,2)	148 (58,3)	569 (63,2)		
Eşin çalışma durumu					
Çalışmıyor	33 (5,1)	12 (4,7)	45 (5)	0,005	0,946
Çalışıyor	613 (94,9)	242 (95,3)	855 (95)		
Aile tipi					
Çekirdek aile	512 (79,3)	205 (80,7)	717 (79,7)	0,237	0,626
Geniş aile	134 (20,7)	49 (19,3)	183 (20,3)		
Gelir düzeyi					
Gelirim giderimden az	83 (12,9)	45 (17,7)	128 (14,2)	56,121	0,001
Gelirim giderime denk	504 (78,0)	141 (55,5)	645 (71,7)		
Gelirim giderimden fazla	59 (9,1)	68 (26,8)	127 (14,1)		

χ^2 :ki-kare testi, p:anlamlılık düzeyi n:kişi sayısı,

Araştırmada normal doğum planlayan gebelerin %1,4'ü okuryazar değil/okuryazar, %29,7'si ilköğretim, %33'ü lise, %35,9'u üniversite mezunu iken, sezaryen doğum planlayanların %2,4'ü okuryazar/okuryazar değil, %42,9'u ilköğretim, %27,1' lise, %27,6'sı üniversite ve üzeri mezundur. Gebelerin doğum şekli tercihi ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

bulunmaktadır ($\chi^2=16,268$, $p=0,001$). Buna göre eğitim seviyesi arttıkça normal doğum tercih etme oranları artmaktadır (Tablo 7).

Araştırmada normal vaginal doğumu tercih eden gebelerin %74,8'i çalışmazken, %25,2'si çalışmakta, sezaryen doğumu tercih edenlerin ise %66,1'i çalışmazken %33,9'u çalışmaktadır. Doğum şekli tercihi çalışma durumu açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($\chi^2=6,779$, $p=0,009$). Buna göre herhangi gelir getirici bir işte çalışan kadınlar daha fazla sezaryen doğum tercih etmektedir (Tablo 7).

Araştırmada normal doğum tercih eden gebelerin %12,9'unun geliri giderinden az, %78'inin geliri giderine denk, %9,1'nin geliri giderinden fazla iken, sezaryen doğum tercih eden gebelerin %17,7'sinin geliri giderinden az, %55,5'inin geliri giderine denk, %26,8'inin ise geliri giderinden fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7). Araştırmada doğum şekli tercihleri ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($\chi^2=56,121$, $p=0,001$), gelir düzeyi düşük olan kadınların daha çok normal doğumu, gelir seviyesi arttıkça kadınların sezaryen doğumu tercihleri artmaktadır (Tablo 7).

Gebelerin doğum şekli tercihleri ile yaşadığı yer ($\chi^2=3,81$, $p=0,149$), eşin çalışma durumu ($\chi^2=0,005$, $p=0,946$) ve aile tipi ($\chi^2=0,237$, $p=0,626$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Kadınların Yaş, Evlilik Yaşı, Evlilik Süresi ve Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması

	Mann Whitney U Testi				
	Mean	ss	Sıra Ort.	z	p
Yaş					
Normal vaginal doğum	27,75	4,77	410,86	-7,308	0,001
Sezaryen doğum	30,5	5,14	551,31		
Evlenme yaşı					
Normal vaginal doğum	23,5	3,69	460,79	-1,9	0,057
Sezaryen doğum	23,14	4,07	424,33		
Toplam evlilik süresi					
Normal vaginal doğum	4,25	4,13	395,94	-10,165	0,001
Sezaryen doğum	7,36	4,78	589,26		
Toplam gebelik sayısı					
Normal vaginal doğum	1,84	1,05	398,39	-10,103	0,001
Sezaryen doğum	2,54	0,99	583,04		
Toplam doğum sayısı					
Normal vaginal doğum	0,64	0,83	393,44	-11,245	0,001
Sezaryen doğum	1,31	0,79	595,61		
Yaşayan çocuk sayısı					
Normal vaginal doğum	0,63	0,82	393,97	-11,158	0,001
Sezaryen doğum	1,29	0,78	594,28		
Düşük/kürtaj					
Normal vaginal doğum	0,2	0,52	443,37	-1,986	0,047
Sezaryen doğum	0,26	0,53	468,64		

p: anlamlılık düzeyi , z: Mann Withney U standart z test istatistiği, n: kişi sayısı, Mean: ortalama, ss: standart sapma, sıra ort.: sıra ortalaması

Araştırmada normal doğum planlayan gebelerin yaş ortalaması $27,75 \pm 4,77$, sezaryen doğumu planlayan gebelerin yaş ortalaması ise; $30,5 \pm 5,14$ olup, yaş ile planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z = -7,308$, $p = 0,001$). Normal doğum planlayanların yaş değeri sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 8).

Araştırmada toplam evlilik süresi ortalaması; normal doğumu planlayanlarda $4,25\pm 4,13$, sezaryen doğumu planlayanlarda $7,36\pm 4,78$ olup, gebelerin doğum şekli tercihleri ile toplam evlilik süresi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-10,165$, $p=0,001$). Buna göre normal doğum planlayanların toplam evlilik süresi sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 8).

Araştırmada gebelerin doğum şekli tercihleri ile gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve düşük/kürtaj sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre normal doğumu planlayanlarda gebelik sayısı ($z=-10,103$, $p=0,001$), doğum sayısı ($z=-11,245$, $p=0,001$), yaşayan çocuk sayısı ($z=-11,158$, $p=0,001$), düşük kürtaj sayısı ($z=-1,986$, $p=0,047$) sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 8).

Araştırmada evlenme yaşı ortalaması normal doğum planlayan gebelerde $23,5\pm 3,69$, sezaryen doğumu planlayanlarda $23,14\pm 4,07$ olup, iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($z=-1,9$, $p=0,057$) (Tablo 8).

Tablo 9. Doğum Şekli Tercihlerinin Gebelik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Gebelik Özellikleri	Nasıl doğum yapmayı planlıyorsunuz			İstatistiksel Analiz	
	Normal vaginal doğum	Sezaryen doğum	Toplam	Ki Kare	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Parite					
Primipar	322 (49,9)	32 (12,6)	354 (39,3)	107,352	0,001
Multipar	278 (43,0)	183 (72,0)	461 (51,2)		
Grand multipar	46 (7,1)	39 (15,4)	85 (9,5)		
Gebeliğin planlanma durumu					
Hayır	107 (16,6)	87 (34,3)	194 (21,6)	33,735	0,001
Evet	539 (83,4)	167 (65,7)	706 (78,4)		
Gebelikte tedavi görme					
Hayır	616 (95,4)	237 (93,3)	853 (94,8)	1,16	0,281
Evet	30 (4,6)	17 (6,7)	7 (5,2)		
Gebelikte sağlık problemi					
Hayır	474 (73,4)	187 (73,6)	661 (73,4)	0,006	0,94
Evet	172 (26,6)	67 (26,4)	239 (26,6)		
Gebelikte düzenli kontrole gitme					
Hayır	79 (12,2)	21 (8,3)	100 (11,1)	2,897	0,089
Evet	567 (87,8)	233 (91,7)	800 (88,9)		

χ^2 :ki-kare testi, p:anlamlılık düzeyi n:kişi sayısı

Araştırmada planlanan doğum şekli ile parite arasındaki ilişki incelendiğinde; normal doğum planlayanların %43,0'ünün ve sezaryen doğum planlayanların %72,0'sinin multipar olduğu, normal doğum planlayanların %7,12'si ve sezaryen doğum planlayanların %15,3'ünün grand multipar olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=107,352$, $p=0,001$) (Tablo 9).

Planlanan doğum şekli ile bu gebeliğinin planlı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=33,735$, $p=0,01$). Normal doğum planlayanların %83,4'ü ve sezaryen doğum planlayanların %65,7'sinin bu gebeliği planlıyken; normal doğum planlayanların %16,5'si ve sezaryen doğum planlayanların %34,2'sinin bu gebeliği planlı değildir (Tablo 9).

Gebelerin doğum şekli tercihleri ile gebelikte tedavi görme ($\chi^2=1,16$, $p=0,281$), gebelikte sağlık problemi yaşama ($\chi^2=0,006$, $p=0,94$) ve gebelikte dzenli kontrole gitme ($\chi^2=2,897$, $p=0,089$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Doğum Şekli Tercihlerinin Gebelikte Eğitim Alma ve Doğum Şekline Karar Veren Kişiler Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	Nasıl doğum yapmayı planlıyorsunuz			İstatistiksel Analiz	
	Normal vaginal doğum	Sezaryen doğum	Toplam	Ki Kare	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Gebe bilgilendirme sınıfından eğitim alma					
Hayır	640 (99,1)	252 (99,2)	892 (99,1)	Analiz yapılamamıştır	
Evet	6 (0,9)	2 (0,8)	8 (0,9)		
İnternet/kitap/dergilerden eğitim alma					
Hayır	226 (35,0)	120 (47,2)	346 (38,4)	Fisher	0,597
Evet	420 (65,0)	134 (52,8)	554 (61,6)		
Kadın doğum hekiminden eğitim alma					
Hayır	464 (71,8)	179 (70,5)	643 (71,4)	0,164	0,686
Evet	182 (28,2)	75 (29,5)	257 (28,6)		
Ebe / hemşireden eğitim alma					
Hayır	324 (50,2)	172 (67,7)	496 (55,1)	22,729	0,001
Evet	322 (49,8)	82 (32,3)	404 (44,9)		
Kadın doğum hekimi ve aile hekiminden eğitim alma					
Hayır	609 (94,3)	238 (93,7)	847 (94,1)	0,108	0,743
Evet	37 (5,7)	16 (6,3)	53 (5,9)		
Doğum şekline kendisinin karar verme durumu					
Hayır	34 (5,3)	129 (50,8)	163 (18,19)	254,7	0,000
Evet	612 (94,7)	125 (49,2)	737(81,9)		
Doğum şekline eş /aile üyelerinin karar verme durumu					
Hayır	594 (92,0)	253 (99,6)	847(94,1)	Analiz yapılmamıştır	
Evet	52 (8,0)	1 (,4)	53 (5,9)		
Doğum şekline hekimun karar verme durumu					
Hayır	501 (77,6)	56 (22,0)	557 (61,9)	238,1	0,000
Evet	145 (22,4)	198 (78,0)	343 (38,1)		

x²:ki-kare testi, p:anlamlılık düzeyi, n:kişi sayısı, f: fisher

Gebelerin gebelik süresince ebe/hemşireden eğitim almaları incelendiğinde ise; normal doğum planlayanların %49,8' i ve sezaryen doğum planlayanların %32,3' ü

gebeliği süresince ebe/hemşireden eğitim aldığı ve planlanan doğum şekli ile gebeliği sürecince ebe/hemşireden eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=22,729$, $p=0,001$) (Tablo 10).

Araştırmada doğum şekli tercihlerinin gebelikte eğitim alma durumu açısından kıyaslanmasında; gebe bilgilendirme sınıfından eğitim alan kadınların daha fazla sayıda normal doğumu tercih ettiği belirlenmiş fakat eğitim alan gebe sayısının azlığı nedeniyle gruplar istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır (Tablo 10).

Gebelerin doğum şekli tercihleri ile doğum şekline kendisinin karar verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=254,7$, $p=0,001$). Normal doğum planlayanların %94,7'si ve sezaryen doğum planlayanların %49,2'si doğum şekline kendisinin karar verdiğini bildirmektedir. Ayrıca normal doğum planlayanların %22,4' ü ve sezaryen doğum planlayanların %78' i doğum şekline hekimin karar verdiğini bildirmekte ve aradaki ilişki anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=238,1$, $p=0,001$). Benzer şekilde, normal doğum planlayanların %8' i ve sezaryen doğum planlayanların %4' ü doğum şekline eşi/ailesinin karar verdiğini bildirmiş, fakat sezaryen doğum planlayanlardaki eş/aile üye sayısının azlığı nedeniyle gruplar istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır (Tablo 10).

Araştırmada gebelerin doğum şekli tercihleri ile; internet/kitap ve dergilerden eğitim alma ($\chi^2=f,1$, $p=0,597$), kadın doğum hekiminden eğitim alma ($\chi^2=0,164$, $p=0,686$), kadın doğum hekimi ve aile hekiminden bilgi alma ($\chi^2=0,108$, $p=0,743$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (Tablo 10).

4.3. Doğum Şekli Tercihlerinin Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Puanları Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde, doğum şekli tercihlerinin Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu puanları açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular sunulacaktır.

Tablo 11. Gebelerin Karar Verme Stillерinin Doğum şekli Tercihlerine Göre Karşılaştırılması

Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II		Ölçek Puanları				
		Mean	ss	Sıra Ort.	z	p
Karar vermede özsayğı	Normal vaginal doğum	9,32	1,92	462,19	-2,184	0,029
	Sezaryen doğum	8,93	2,14	420,78		
Dikkatli karar verme alt boyutu	Normal vaginal doğum	10	1,88	470,16	-3,69	0,001
	Sezaryen doğum	9,45	2,19	400,49		
Kaçıngan karar verme alt boyutu	Normal vaginal doğum	4,06	2,53	444,73	-1,069	0,285
	Sezaryen doğum	4,3	2,61	465,17		
Erteleyici karar verme alt boyutu	Normal vaginal doğum	3,73	2,52	458,16	-1,419	0,156
	Sezaryen doğum	3,54	2,8	431,03		
Panik karar verme alt boyutu	Normal vaginal doğum	3,91	2,45	439,87	-1,971	0,049
	Sezaryen doğum	4,25	2,39	477,53		

p: anlamlılık düzeyi , z:Mann Withney U standart z test istatistiği, Mean:ortalama, ss:standart sapma, sıra ort.:sıra ortalaması

Araştırmada gebelerin doğum şekli tercihleri ile karar verme stilleri arasındaki ilişki, Melbourne Karar Verme Ölçeği (I-II) ile incelenmiştir. Ölçekten alınan puanlara göre karar vermede özsayğı, sezaryen doğum planlayanlarda, normal doğum planlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($z=-2,184$, $p=0,029$) (Tablo 11).

Gebelerin doğum şekli tercihleri ile ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; dikkatli karar verme alt boyutu puanları bakımından planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-3,69$, $p=0,001$). Sezaryen doğum planlayanların dikkatli puanı normal doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Panik karar verme alt boyutu puanları bakımından planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-1,971$, $p=0,049$). Normal doğum planlayanların panik puanı sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Kaçıngan ($z=-1,069$, $p=0,285$) ve erteleyici ($z=-1,419$, $p=0,156$) karar verme alt boyutları bakımından planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 11).

Tablo 12. Doğum Şekli Tercihlerinin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	Mean	ss	Sıra Ort.	z	p	
	Wijma Doğum Beklentisi/Deneğim Ölçeği					
Toplam ölçek puanı	Normal vaginal doğum	55,5	19,65	447,34	-0,582	0,56
	Sezaryen doğum	56,39	20,19	458,55		
Toplam		55,75	19,8			

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Korku Düzeyleri	Nasıl Doğum Yapmayı Planlıyorsunuz?						Ki-Kare Analizi	
	Normal vaginal doğum		Sezaryen doğum		Total		Ki-Kare	p
	n	%	n	%	n	%		
<=37 Hafif Düzeyde Korku	112	17,3	43	16,9	155	17,2	1,2	0,744
38-65 Orta Düzeyde Korku	358	55,4	133	52,4	491	54,6		
66-84 Şiddetli korku	126	19,5	54	21,3	180	20,0		
>=85 Klinik düzeyde korku	50	7,7	24	9,4	74	8,2		
Total	646	100,0	254	100,0	900	100,0		

x²:ki-kare testi, p:anlamlılık düzeyi ,z:Mann Withney U standart z test istatistiği, n:kişi sayısı, Mean:ortalama, ss:standart sapma, sıra ort.:sıra ortalaması

Araştırmada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği'nden, vaginal doğum yapmayı planlayan gebeler ortalama 55,5±19,6 puan, sezaryen doğum yapmayı planlayanlar ortalama 56,4±20,2 puan almış olup, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (z=-0,582, p=0,56) (Tablo 12).

Ölçeğin kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sezaryen doğum planlayanların %30,7' si şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşarken, normal doğum planlayanların %27,2' si şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşamaktadır (Tablo 12).

Tablo 13. Melbourne ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Açısındaki İlişki

	Karar stilleri ölçeği					
	Karar Vermede Öz Saygı	Dikkatli	Kaçıngan	Erteleyici	Panik	
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği	r	-,216**	-,148**	,095**	,212**	,230**
	p	0,001	0,001	0,004	0,001	0,001
Toplam	n	900	900	900	900	900

r: korelasyon katsayısı, p: anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği ve Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile karar vermede öz saygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,216$, $p=0,001$). Buna göre doğum korkusu arttıkça, karar vermede öz saygı puanları azalmaktadır (Tablo 13).

Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile dikkatli karar verme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlü bir ($r=-0,148$, $p=0,001$) ilişki bulunmaktadır. Buna göre doğum korkusu arttıkça dikkatli karar verme puanları azalmaktadır (Tablo 13).

Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile kaçıngan karar verme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,095$, $p=0,004$). Doğum korkusu arttıkça karar vermede kaçıngan yaklaşım puanları da artmaktadır (Tablo 13).

Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile erteleyici karar verme $r=0,212$, $p=0,001$ ve panik karar verme ($r=0,230$, $p=0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Doğum korkusu arttıkça karar vermede erteleyici yaklaşım ve panik karar verme puanları da artmaktadır (Tablo 13).

Tablo 14. Planlanan Doğum Şekli İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Testi Sonucu

		Karar Vermede					
		Öz Saygı	Dikkatli	Kaçıngan	Erteleyici	Panik	
Normal vaginal doğum tercih edenler	Wijma Doğum	r	-,224**	-,146**	,137**	,208**	,196**
	Beklentisi/Deneyimi	p	,000	,000	,000	,000	,000
	Ölçeği Toplam	n	646	646	646	646	646
Sezaryen doğum tercih edenler	Wijma Doğum	r	-,117	-,078	,022	,169**	,293**
	Beklentisi/Deneyimi	p	,062	,214	,732	,007	,000
	Ölçeği Toplam	n	254	254	254	254	254

r: korelasyon katsayısı, p: anlamlılık düzeyi, n: kişi sayısı

Planlanan doğum şekli ile karar verme stilleri ölçeğinden alınan puanlarla, Wijma Doğum Beklentisi deneyimi ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde;

Normal vaginal doğum tercih edenler;

Wijma puanı ile öz saygı, dikkat, kaçıngan, erteleyici ve panik puanları arasında ters yönlü anlamlı fakat düşük ilişki görülmektedir ($p < 0,05$). Buna göre Wijma ile öz saygı ve dikkat puanları arasında ters yönlü bir ilişki olup, doğum korkusu arttıkça karar vermede öz saygı ve dikkatli karar verme puanları azalmaktadır. Ayrıca, Wijma puanı ile kaçıngan, erteleyici, panik karar verme ile aynı yönlü pozitif bir ilişki görülmektedir. Buna göre doğum korkusu arttıkça kaçıngan, erteleyici ve panik karar verme puanları da artmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 14).

Sezaryen doğum tercih edenler;

Wijma puanı ile öz saygı, dikkat ve kaçıngan puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemekte fakat erteleyici ve panik puanları arasında pozitif ilişki görülmektedir. Buna göre doğum korkusu arttıkça erteleyici ve panik karar verme puanları da artmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

Günümüzde kadınların çoğu doğum şekli konusunda söz sahibi olmak ve doğum kararına katılmak istemektedir. Doğum şekli gebelik döneminde karar verilmesi gereken, gebelerde endişeye yol açan konuların başında gelir. Bu stres ve korku, kadınların sezaryen doğuma yönlennesinin nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Gebenin sezaryen doğum isteği, üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Araştırmada gebelerin %71,8'inin normal doğumu, %28,2'sinin sezaryen doğumu tercih ettiği bulunmuştur (Tablo 4).

Doğum şekli tercihlerini belirlemek amacıyla Şili'de (Angeja et al. 2006) ve Avustralya'da (Gamble and Creedy 2001) yapılan çalışmalar, kadınların çoğunlukla normal vaginal doğumu tercih ettiğini göstermektedir. Ayrıca Çin'de 28. gestasyonel haftasında olan 1169 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin %80,3'ünün normal vaginal doğum tercih ettiği saptanmıştır (Liang et al. 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yaşar vd. (2007) kadınların %77,4'ünün normal doğumu tercih ettiğini, Borlu (2008), Kayseri il merkezinde Güldüoğlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaptığı çalışmada normal doğum isteme oranının %73,8 olduğunu bildirmektedir. Benzer şekilde Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin çalışmasında (n=350), gebelerin %86,2'sinin, Büyükbayrak vd. (2010)'nin çalışmasında (n=1588), kadınların %84,1'nin, Karabulutlu (2012)'nin çalışmasında (n=500) ise; %78,8'inin normal vaginal doğumu tercih ettiği bulunmuştur.

Buna karşılık birçok çalışmada kadınların sezaryen doğumu daha fazla tercih ettikleri de bildirilmektedir. Nakamura vd. (2018)'nin Brezilya'da yaptığı çalışmada (n=2295), kadınların %79,4'ünün, Maroufizadeh vd. (2018)'nin, İran'ın Tahran kentinde 2120 kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %72,1'inin sezaryen doğumu tercih ettiğini bildirmektedir. Ülkemizde Aslan ve Okumuş (2017)'un özel bir hastanede 450 primipar kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %60'nın; Elkin

(2016), kadınların (n=307), %46,8'inin sezaryen doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin yaptığı çalışmada ise; kadınların %36,8'inin sezaryen doğumu tercih ettiği saptanmıştır.

Çalışma bulgumuz, kadınların normal doğum tercih etme oranlarının yüksek bulunduğu araştırmalarla uyumludur. Bu çalışma Rize ilinde yalnızca devlet hastanesinde yapılmış olup özel hastaneyi kapsamamaktadır. Sezaryen doğum isteyen gebelerin sıklıkla özel hastanelerden hizmet almaya yönelmesi ve araştırmaya katılan gebelerin eğitim düzeylerinin yüksek olması gibi nedenlerle kadınların normal vaginal doğumu daha fazla tercih ettiği düşünülebilir.

Normal vaginal doğum anne-bebek sağlığı açısından bir çok fayda sağlayan doğal ve fizyolojik bir süreçtir. Araştırmada gebelerin normal doğumu tercih etme nedenleri sırasıyla, bebek ve kendisi için en sağlıklı yöntem olduğuna inanma (%81,3), vücudun doğasına uygun yöntem olduğunu düşünme (%65,3), erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği (%59,3), anestezi/ameliyat korkusu (%32,3), önceki doğumun normal ve sorunsuz olması (%23,7), 3'den fazla çocuk isteği (%8,8), hekim önerisi (%8,5), günahlarının affedileceğine inanma (%8,0), eş ve aile üyelerinin baskısı (%1,7), maliyetinin sezaryene göre düşük olması (%0,5) şeklinde bulunmuştur (Tablo 5). Duran ve Atan (2011), kadınların normal doğumu anne-bebek sağlığı açısından daha iyi olacağını düşündüğü, doğal bir süreç olduğuna inandığı, doğum sonu iyileşmenin daha hızlı olduğu, vücudun temizlenmesini sağladığı için ettiklerini bildirmiştir. Aktaş ve Yılar (2018), annelerin vaginal doğumu tercih etme nedenlerini incelediği nitel bir araştırmada (n=14), kadınların önceki doğumunu olumlu deneyimleme, olumlu doğum hikâyeleri duyma, ebe ve hastaneden memnun olması, medyanın etkisi, normal vaginal doğumun anne-bebek için sağlıklı olduğu, sezaryen doğumla olan cerrahi komplikasyonların olmadığı, vücudu temizlediği ve günahlardan arındırdığı düşüncesi nedeniyle normal doğumu tercih ettikleri saptanmıştır. Çivili (2005)'nin çalışmasında, kadınların normal doğum tercihleri arasında, doğumdan sonra daha çabuk iyileşme (%98,2), normal doğumun daha doğal olması (%97,8), doğum sonu dönemin daha az ağrılı olması (%97,4), normal doğumun en iyi doğum şekli olduğunu düşünüyor olması (%97) ve bir an önce kendi işini görebilmesi (%97) olduğu bildirmektedir. Siabani vd. (2019),

İran’da gebelerin normal doğuma karşı tutumlarını araştırdığı bir çalışmada (n=410), kadınların normal doğumun vücudunun doğasına uygun olduğuna inanması (%26,1), doğumdan hemen sonra bebeğini görme isteği (%24,9), anne ve bebek için en sağlıklı yöntem olduğuna inanma (%25,9), iyileşme (%36,8) ve eve daha çabuk dönme isteği (%34,4), normal doğum maliyetinin düşük olduğunu düşünmesi (%34,6), anestezi/ameliyat korkusu (%29,5) ve normal doğumda anne ölüm riskinin düşük olması (%18,5) vb. nedenlerle normal doğumu tercih ettikleri bildirilmektedir. Çalışma bulgumuz kadınların normal doğumu tercih nedenleri açısından literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Kadınlar çeşitli nedenlerle sezaryen doğuma yönelebilmektedir. Araştırmamızda gebelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında, bir önceki doğumun sezaryenle gerçekleşmesi (%69,7), normal doğumdan korkma (%26,4), doğum ağrısından korkma (%24,4), doğum zamanını önceden belirleyebilme şansının olması (%8,3), gebelikte risk bulunması (%8,3), bebek için daha sağlıklı olduğuna inanma (%7,4), cinsel organlarda yaralanma ve sarkma korkusu (%7,4), tüpleri bağlatmayı isteme (%5,9), daha önceki doğumun zor olması (%3,9), normal doğumun cinselliğini olumsuz etkilemesinden korkması (%3,9), gebeliğin tedavi sonucu olması (%1,9) şeklindedir (Tablo 5).

Literatürde kadınların sezaryen doğum tercihinde en yaygın üç nedeninin; ağrıya bağlı vaginal doğum korkusu, epizyotomi/perineal yırtılma korkusu ve vaginal doğumun bebek için daha riskli olduğunu düşünme olduğu belirtilmektedir (Cao 2004, Pang 2007, Song 2007, Jiang 2012, Zhang 2012, Loke 2015, Zhang 2016, Wang 2017, Xie 2017, Gao 2017, Huang 2017). Diğer nedenler ise, normal vaginal doğumun pelvik relaksasyona yol açması ve cinselliği olumsuz etkilemesi, kültürel ve toplumsal inançlar, doğum zamanını önceden belirleyebilme şansının olması (Song 2007, Pang 2007, Jiang 2012, Li 2014, Loke 2015, Huang 2017, Xu 2017, Zhang 2017, Wang 2017, Xie 2017), ebe/hekim yönlendirmesi (Pang 2007, Li 2014) ve önceki doğumun sezaryen ile olması olarak özetlenebilir (Zhang 2017). Konu hakkında ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Gözükara ve Eroğlu 2008, Sayiner vd. 2009, Büyükbayrak vd. 2010, Ergöl ve Kürtüncü 2014). Sezaryen doğumu tercih nedenlerine ilişkin çalışma bulgumuz literatürle uyumludur.

Kadınların eğitim düzeyleri doğum şekli tercihlerini etkileyebilmektedir. Araştırmada gebelerin, eğitim seviyesi arttıkça normal doğum tercih etme oranlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 7). TNSA (2013) verilerine göre sezaryen doğum oranı eğitim ile birlikte paralel olarak artış göstermektedir. Literatürde eğitim düzeyi arttıkça sezaryen doğuma eğilimin arttığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (Çivili 2005, Elkin 2016, Manyeh et al. 2018, Rahman et al. 2018), normal doğuma eğilimin arttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Hildgonsson et al. 2002, Gözükara ve Eroğlu 2008, Safari-Moradabadiet al. 2018). Maroufizadeh vd. (2018), İran'ın Tahran kentinde 2120 kadın ile yaptığı çalışmada, akademik eğitim gören kadınların %42,4'ü sezaryen doğum tercih ederken %23,9'unun normal vaginal doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Manyeh vd. (2018)'nin Güney Gana'da bir hastanede yaptıkları çalışmada (n=4948), sezaryen doğum yapabilecek kapasitede üç adet hastane bulunması ve Afrika ülkelerinde sezaryen doğum oranların düşük olmasına karşılık, eğitim seviyesi arttıkça sezaryen doğum tercihinin arttığını göstermektedir. Bu çalışmaların sonuçları, eğitilmiş kadınların anne-bebek sağlığı açısından risk almamak için sezaryen doğumu tercih ettiğini ve doğum şeklinin anne bebek sağlığına etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

Buna karşın, Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin çalışmasında ise, ilkokul ve lise mezunu kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek sezaryen tercihi olduğu, üniversite mezunu olan kadınların %13,3 gibi düşük sezaryen tercihi olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Karabulutlu (2012)'nin çalışmasında, okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu gebelerin %38,7'si, lise mezunu olanların %49,1'i, üniversite mezunu olanların %12,3'ü sezaryeni tercih etmiştir. Her iki çalışmada sosyo-kültürel olarak benzer yapıda kadınlarla gerçekleştirilmiştir ve doğum şeklinin anne bebek sağlığına etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların sezaryen doğuma yöneldiği görüşünü destekler niteliktedir. Eğitim seviyesi arttıkça normal doğum tercihinin arttığına ilişkin çalışma bulgumuz, son yıllarda normal doğuma teşvik kapsamında ülkemizde yürütülen çalışmalarla ilişkilendirilebilir. Ülkemizde normal doğum hakkında medyada çeşitli kampanyaların artması, doğuma hazırlık ve gebe bilgilendirme eğitimlerinin tüm Türkiye'de yaygınlaşması nedeniyle özellikle bilgiye ulaşma kolaylığı bulunan eğitilmiş kadınlar, doğum konusunda bilinçlenmeye

başlamıştır. Çalışmamızda lise (%31,3) ve üniversite mezunu (%33,6) kadın oranı, diğer çalışmalardan farklı olarak daha yüksektir.

Kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumları, doğum tercihlerini etkileyebilmektedir. Araştırmada gelir getirici bir işte çalışan kadınların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla sezaryen doğum tercih ettiği belirlenmiştir ($p<0,005$) (Tablo 7). Literatürde çalışma durumunun doğum şekli tercihini etkilediğini bildiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Elkin (2016), doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında ($n=307$), çalışan kadınların daha çok sezaryen doğumu tercih ettiği tespit etmiştir. Çivili (2005) herhangi bir işte çalışmayan kadınlar daha çok normal doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir. Vatansever vd. (2013)'nin çalışmasında ise benzer şekilde çalışan kadınlarda sezaryen doğum tercihinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Buna karşın Rahman vd. (2018)'nin Bangladeş'te yaptığı çalışmada ($n=4627$), çalışan gebelerin daha çok normal doğum tercih ettiği saptanmıştır. Bu açıdan çalışma durumunun doğum şekli tercihlerini inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Araştırma bulgumuz çalışan kadınların daha çok sezaryen doğumu tercih ettiğini gösteren araştırmalarla uyumlu olup, aktif olarak bir işte çalışan kadınların zaman yetersizliği nedeniyle konuya gereken ilgiyi gösteremediğini düşündürmektedir.

Araştırmada gelir düzeyi düşük olan kadınların daha çok normal doğumu, yüksek olan kadınların ise sezaryen doğumu tercih ettikleri saptanmıştır ($p<0,005$)(Tablo 7). Alves vd. (2005), İngiltere'de 1.5 milyon doğumu izlediği çalışmada da, gelir seviyesi yüksek olan kadınların sezaryen doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Tangcharoensathien vd. (2006)'in, Tayland'da bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada, sezaryen ile doğum çoğunlukla özel hekime giden kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Safari-Moradabadi vd. (2018), düşük gelir seviyesi olan kadınların daha çok normal vaginal doğumu tercih ettiğini bildirmektedir. Çalışma bulgumuz literatürle uyumludur.

Batı ülkelerinde kadınların gebeliğin ileri yaşlara ertelemesi giderek artmaktadır. Bu kadınlarda ileri anne yaşının getirdiği komplikasyonlar nedeniyle sezaryen tercih oranları daha yüksektir (Cleary-Goldman et al. 2005, Korb et al. 2019). Araştırmada

normal doğum planlayanların yaş ortalaması anlamlı derecede daha düşük olarak bulunmuştur ($z=-7,308$, $p<0,05$). (Tablo 8). TNSA 2013 verilerine göre anne yaşı arttıkça sezaryen oranlarında artış görülmektedir. Literatürde de yaş ile doğum şekli tercihi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda yaş arttıkça sezaryen tercihinin arttığı bildirilmektedir (Karabulutlu 2012, Akarsu ve Mucuk 2014). Gözükara ve Eroğlu (2008)'u çalışmasında, 30 yaş üzerinde gebelik yaşayan kadınların daha fazla sezaryen doğum yaptığını bildirmektedir. Aslan ve Okumuş (2017), yaş arttıkça primipar kadınların sezaryen olma oranlarının arttığını bildirmektedir. İleri yaşta ilk kez gebelik yaşayan kadınların sezaryen doğuma yönelmesi beklendik bir durumdur. Multipar kadınlarda ise artan yaşla birlikte normal doğum oranları daha fazladır. Torloni vd. (2013), yaş arttıkça sezaryen doğum tercihinin azaldığını göstermektedir. Çalışma bulgumuzun yaş arttıkça sezaryen doğum tercihinin arttığını göstermesi beklenen bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Araştırmada, normal doğum planlayanlarda toplam evlilik süresi ortalaması ($4,25\pm 4,13$) sezaryen doğum planlayanlara ($7,36\pm 4,78$) göre anlamlı derece daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 8). Literatürde evlenme süresi ile doğum şekli tercihleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı çalışma bulunmaktadır. Karabulutlu (2012), sezaryen doğumu tercih eden gebelerin (%57,6), evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olduğunu bildirmektedir. Karabulutlu (2012)'nin çalışması, çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Ayrıca evlilik süresinin artması beraberinde kadının da yaşının artmasına sebep olmaktadır. İleri yaş gebeliğinde sezaryen endikasyonu olduğu düşünüldüğünde çalışma bulgumuz beklenen bir durumdur.

Kadınlar bebeklerinin sağlığı ile ilgili olarak endişe duyduklarında daha güvenli olduğunu düşünerek sezaryen doğuma yönlenebilmektedir. Araştırmada düşük/kürtaj sayısı normal doğum tercih eden kadınlarda sezaryen isteyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8). Literatürde düşük/kürtaj sayısının doğum şekli tercihinin etkisini gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma bulgumuz daha önce düşük yapmış kadınların bebeklerinin sağlığından endişe duyması nedeniyle sezaryen doğuma yönelmesi görüşünü destekler niteliktedir. Bu konuya açıklık kazandırmaya yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmada primipar gebeler daha çok normal doğumu tercih ederken, multipar ve grandmultipar gebelerin daha çok sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir ($p<0,005$) (Tablo 9). Literatürde multipar kadınların daha çok normal doğumu tercih ettiği belirtilmektedir (Adageba et al. 2008, Karabulutlu 2012). Çalışma bulgumuz literatürden farklı olarak değerlendirilmiştir. Bu sonucun araştırmada sezaryen doğum tercih eden kadınların tercih nedeni olarak ilk sırada bir önceki doğumunun sezaryenle gerçekleşmesi (%69,7) cevabını vermesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Çünkü normal doğum tercih edenlerin toplam gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı sezaryen doğum tercih edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 8).

Gebeliğin planlaması, gebeliğe uyumu gösteren önemli bir değişkendir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Araştırmada gebeliği planlı olan kadınların normal vaginal doğumu daha fazla tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 9). Literatürde gebeliği planlama durumunun doğum şekli tercihini etkilediğine dair çalışma bulunamamıştır. Araştırmamızda normal doğum planlayan gebelerin yarısından fazlasının eğitim düzeyi lise ve üzeridir (Tablo 7). Bu açıdan bakıldığında gebeliği planlı olan kadınların gebeliğe uyumunun daha iyi, gebelik konusunda bilgiye ulaşma düzeylerinin yüksek olabileceği düşünülmüş ve normal doğumu tercih etmeleri beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Doğum öncesi eğitimin amacı, gebelik ve doğum konusunda kadınların bilgilendirilmesi ve yapılacak işlemler konusunda eğitilmesi ve doğum ekibinin bir parçası olan gebenin doğuma aktif katılımını sağlamaktır (Escott et al. 2009, Esencan vd. 2018). Gebelik ve doğum konusunda eğitim alan kadınların, herhangi bir komplikasyon olmadığında normal vaginal doğumu daha fazla tercih ettiği bilinmektedir. Araştırmada gebe bilgilendirme sınıfından eğitim alan kadınların daha fazla sayıda normal doğumu tercih ettiği belirlenmiş fakat eğitim alan gebe sayısının azlığı nedeniyle gruplar istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır (Tablo 10). Ayrıca araştırmada ebe/hemşireden doğum öncesi dönemde eğitim aldığını beyan eden kadınların çoğunun normal vaginal doğumu tercih ettiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10). Gebelere doğum konusunda yeterli düzeyde ebelik bakımı verilmemesi ve antenatal dönemde bilgilendirmenin azlığı veya yetersizliği sezaryen

doğum tercihlerini artıran sebepler arasındadır (Çakaloz ve Çoban 2019). Gebenin doğum konusunda yeterli bilgi sahibi olması, doğum şekli ile ilgili karar verme yeteneğini etkilemektedir. Mete vd. (2017)'nin 2011-2015 yılları arasında doğum hazırlık sınıflarına katılan 38 gebe ile yaptığı çalışmada, kadınların eğitim sonrasında doğuma hazır olduğunu ifade ettikleri, eğitim öncesinde kadınların %55,3'ünün epiduralli normal doğumu tercih ettiği, eğitim sonrası bu oranın %31,6'ya düştüğü belirlenmiştir. Khunpradit vd. (2011), gebelere verilen doğum öncesi eğitimlerinin sezaryen oranlarını düşürdüğünü belirtmektedir. Literatürde ebelik hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamayan gebelerin, gebelik sürecinde duyulan endişe ve korkunun artmasıyla birlikte daha çok sezaryen doğumu tercih ettiği bildirilmektedir (Hildingsson 2014, Vural ve Erenel 2017). Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak, ebelerin gebelik döneminde kadınları eğitmesinin önemine işaret etmektedir.

Kadınların doğum şekli kararının aile ve çevre koşulları, sağlık çalışanlarının tutumları ve sosyo-kültürel yapıdan etkilendiği bilinmektedir. Park, Yeoum, Choi (2005) sosyal çevrenin sezaryen doğum artışında etkili olduğunu bildirmektedir. Araştırmamızda normal doğum planlayanların tamamına yakını, sezaryen planlayanların ise yaklaşık yarısı doğum şekli kararını kendi verdiğini beyan etmiş ve aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ayrıca doğum şekline hekimin karar verdiğini beyan eden kadınların daha fazla oranda sezaryen doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 10). Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 350 gebe ile yürüttüğü çalışmada, kadınların %57,6'sı doğum şekline kendisinin karar verdiğini ve kendi tercihleri dışında en çok annesi/eşinin karar verdiğini bulunmuştur. Rahman vd. (2018)'nin çalışmasında ($n=4627$), doğum şekli kararını en yüksek oranda hekimlerin verdiğini bulunmuştur. Koca (2015), Sivas'ta yaptığı çalışmada kadınların %52,6'sının doğum şekline karar vermesi gereken kişinin hekimi ile birlikte kendisi olduğunu, %24,8'inin ise tamamen hekiminin karar vermesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Özkan vd. (2013), çalışma ($n=1159$), bulguları da benzer şekilde kadınların doğum şekli kararını çoğunlukla hekimi ile birlikte vermek istediğini göstermektedir. Başar ve Sağlam (2018)'in ise sezaryen doğum tercihlerinin %50 oranında hekim isteği ile gerçekleştiğini bildirmektedir. Çalışmalar doğum şekline kendisi karar veren kadınlar çoğunlukla normal vaginal doğumu tercih ettiğini

göstermektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008, Vatansever ve Okumuş 2013). Karabulutlu (2012)'nin normal ve sezaryen doğum tercih etme nedenlerini incelediği çalışmada, kadınların vaginal doğum tercih oranı (%78,8) oldukça yüksek bulunmuş, sezaryen ile doğumu tercih eden kadınlarda tercih nedenleri arasında ilk sırayı hekim önerisi/isteğinin (%50) yer aldığı saptanmıştır. Kitapçıoğlu ve Yanikkerem (2008)'in çalışmasında ise “bu doğum tipini size kim önerdi? sorusuna, kadınların % 57,1'i hekim cevabını vermiş, isteğe bağlı sezaryen olanların % 60'ına, vaginal doğum yapan kadınların ise % 30,5'ine bu yöntemi hekimlerinin önerdiği belirlenmiştir. Araştırmamızda kadınların doğum şekline kendi karar verme oranının literatürdeki diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuş olması, örnekleme oluşturan kadınların eğitim seviyesinin yüksek olması (lise mezunu: %31,3, üniversite ve üzeri: %33,6) ile ilişkili olabilir. Ayrıca kadınların doğum şekli kararı üzerinde hekimlerin etkisi olduğuna ilişkin bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuç hekimlerin doğum şekli tercihinde önemli bir yönlendirici olduğunu göstermesi açısından anlamlıdır.

Doğum korkusu kadınların doğum şekli kararında en etkili faktörlerden biridir. Kadınların doğum süreci ile ilgili duygu ve korkularını ölçmek için geliştirilen Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi (A versiyonu) Ölçeği, birçok araştırmacı tarafından klinik çalışmalarda kullanılmıştır (Korukçu vd. 2010). Araştırmada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği'nden, vaginal doğum yapmayı planlayan gebeler ortalama 55,5±19,6 puan, sezaryen doğum yapmayı planlayanlar ortalama 56,4±20,2 puan almış olup, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçek kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sezaryen doğum planlayanların %30,7' si şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşadığı, normal doğum planlayanların %27,2' si şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Zar vd. (2002) tarafından İsveç'te gebeliğinin 32. haftasında olan kadınlarda yapılan çalışmada, anksiyete semptomlarının, klinik doğum korkusunun ve travmatik stres semptomlarının prevalansının, doğum şekli ile ilişkili olduğu ve bu kadınların sezaryen doğuma daha fazla yönlendiği belirlenmiştir. Wijma vd. (2002)'in çalışmasında ise, kadınların prepartum dönemdeki doğum korkusu, genel anksiyete ve stres ile başetme kapasitesindeki yetersizlik ile acil sezaryen yaşama durumları

arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Wilkund vd. (2008), W-DEQ A kullanılarak gebeliğin 37-39. haftasında 496 nullipar ile görüşülerek doğum korkusu düzeyleri değerlendirdiği çalışmada isteğe bağlı sezaryen doğumu tercih eden kadınların, doğum korkusunu daha fazla yaşadığını saptamıştır. Benzer şekilde Fenwick vd. (2009), doğum korkusu ile acil sezaryen doğum arasında anlamlı bir ilişkili olduğunu, Rouhe vd. (2009)'i ise, vaginal doğum yapmak isteyen kadınların korku düzeyinin daha az olduğunu bildirmektedir.

Bülbül vd. (2016)'nin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, sezaryen doğumu isteyen (%15,3), kadınların %28,6'sının bu tercihi doğum korkusu nedeniyle yaptığı, kadınların %38,8'inin şiddetli doğum korkusu, %8,2'sinin ise klinik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşayan gebelerin daha çok sezaryen doğumu tercih ettiği söylenebilir.

Karar verme, en önemli yaşam becerilerinden biri olup, kadınların doğum şekline karar vermesi karmaşık bir zihinsel bir süreçten oluşmaktadır. Kadınlar doğum şekline karar verirken bireysel özellikler ve sosyal koşullardan etkilenebilmektedir. Araştırmada, gebelerin doğum şekli tercihleri ile karar verme stilleri arasındaki ilişki, Melbourne Karar Verme Ölçeği (I-II) ile incelenmiştir. Ölçekten alınan puanlara göre karar vermede özsaygı, sezaryen doğum planlayanlarda, normal doğum planlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Buna göre özsaygı puanı yüksek olan gebeler daha çok normal doğumu tercih etmektedir (Tablo 11). Gebelerin doğum şekli tercihleri ile ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; sezaryen doğum planlayanların dikkatli karar verme puanı normal doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşük ($z=-3,69$, $p=0,001$) ve panik karar verme puanı daha yüksek bulunmuştur ($z=-1,971$, $p=0,049$). (Tablo 11).

Literatürde kadınların doğum şekli tercihleri ile karar verme stilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Vatansever ve Okumuş (2013)'un primiparların karar verme stilleri ile ve doğum şekli tercihleri arasındaki

ilişkiyi incelediği çalışmasında (n=600), doğum şekli konusunda kararsız olan gebelerin kaçınan karar verdiğini, normal doğum kararı veren gebelerin ise erteleyici karar verdiğini bildirmektedir.

Doğum korkusu, doğum şekli kararını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Araştırmada Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği ve Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği açısından ilişki incelendiğinde; doğum korkusu arttıkça, karar vermede öz saygı puanları ($r=-0,216$, $p=0,001$) ve dikkatli karar verme puanlarının ($r=-0,148$, $p=0,001$) azaldığı, buna karşılık kaçınan karar verme ($r=0,095$, $p=0,004$), erteleyici karar verme ($r=0,212$, $p=0,001$) ve panik karar verme ($r=0,230$, $p=0,001$) puanlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 13).

Bülbül vd. (2016), gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarını incelediği çalışmada (n=85), gebelerin en fazla dikkatli karar verme stilini kullandıklarını ve gebelerin W-DEQ-A puanlarına göre, korku düzeyleri arttıkça panik, kaçınan ve erteleyici karar verme oranlarının arttığını bildirmektedir.

Karar vermede en önemli faktör, bireyin kişilik özellikleridir. Karar verme sürecinde özsaygı ve özgüven belirleyicidir. Karar verme sürecinde, kişisel değerini bilen, yetenekleri ve güçlü yönleri konusunda farkındalığı yüksek ve güçlü yönlerine güvenen bireyler daha gerçekçi yaklaşımlar göstermektedir (Vatansever ve Okumuş 2009). Araştırmamızda sezaryen doğum planlayan gebelerin karar vermede öz saygı, dikkatli karar verme puanlarının daha düşük ve panik karar verme puanlarının daha yüksek olması örnekleme oluşturan kadınların normal doğum konusunda sorumluluk almaktan kaçındıklarını düşündürmektedir. Dikkatli karar veren bireyler, sorunlara karşılaştığında konu hakkında özenli bir şekilde bilgi arayışına girmekte ve çeşitli seçenekleri dikkatli bir şekilde değerlendirdikten sonra kararını vermektedir. Panik karar veren bireyler ise, karar gerektiren bir durumla karşılaştıklarında kendilerini zaman baskısı altında hissederek, düşüncesiz davranışlar sergilemekte ve acele çözümlere ulaşmaya çalışmaktadır (Deniz 2004). Bu bilgiler ışığında çalışmada doğum korkusu arttıkça, karar vermede öz saygı puanları ve dikkatli karar verme puanlarının azalması, buna karşılık kaçınan, erteleyici ve panik karar verme puanlarının artması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca doğum

şekli tercihinde karar verme stillerine ilişkin çalışma bulgumuz, gebelere normal doğum konusunda eğitim ve danışmanlık yapmanın önemine dikkat çekmesi açısından anlamlıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Gebelerin doğum tercihleri üzerinde etkili olan faktörleri incelemek ve karar verme stilleri ile doğum beklentilerinin etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %33,4'ünün ilköğretim, %31,3'ünün lise ve %33,6'sının üniversite ve üzerinde bir okuldan mezun olduğu, çoğunluğunun (%72,3) çalışmadığı, şehir merkezinde(%63,2) yaşadığı ve gelirinin giderine denk olduğu (%71,7) belirlenmiştir. Gebelerin yaş ortalaması $28,53\pm 5,03$ olup, evlenme yaşı ortalama $23,4\pm 3,8$, toplam evlilik süresinin ise ortalama $5,13\pm 4,55$ 'dur (Tablo 1).
- Araştırmada kadınların gebelik özellikleri incelendiğinde; %39,3'ünün primipar, %51,2'sinin multipar ve %9,5'inin grandmultipar (4 ve üzerinde gebelik) olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğunun (%78,4) gebeliğini planladığı ve toplam gebelik sayısının ortalama $2,04\pm 1,08$, toplam doğum sayısının ortalama $0,83\pm 0,87$, yaşayan çocuk sayısının ortalama $0,82\pm 0,86$, düşük/kürtaj sayısının ortalama $0,22\pm 0,52$ olduğu belirlenmiştir. Olguların gestasyonel hafta ortalaması ise $35,97\pm 2,48$ olarak bulunmuştur (Tablo 2).
- Araştırmada gebelerin %88,9'unun (n=800) düzenli olarak kontrole gittiği, %61,6'sının internet/kitap/dergilerden, %28,6'sının kadın-doğum hekiminden ve %44,9'unun ebe/hemşirelerden gebelik konusunda bilgi ve eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).
- Araştırmada gebelere "bebeğiniz ve sizinle ilgili hiçbir tıbbi problem olmadığını düşünürsek, doğumunuzu hangi yöntemle yapmayı planlıyorsunuz" sorusu yöneltildiğinde gebelerin %71,8'i normal vaginal doğum, %28,2'si sezaryen doğum yapmak istediğini beyan etmiştir.

Kadınların %81,9'u doğum şekli konusunda kararı kendisinin verdiğini bildirirken, %5,9'nun (n=53) eş/ailesinin, %38,1'i ise hekiminin yönlendirmesi olduğunu söylemektedir (Tablo 4).

- Araştırmada gebelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri sırasıyla; bir önceki doğumun sezaryenle gerçekleşmesi (%69,7), normal doğumdan korkma (%26,4), doğum ağrısından korkma (%24,4), doğum zamanını önceden belirleyebilme şansının olması (%8,3), gebelikte risk bulunması (%8,3), bebek için daha sağlıklı olduğuna inanma (%7,4), cinsel organlarda yaralanma ve sarkma korkusu (%7,4), tüpleri bağlatmayı isteme (%5,9), daha önceki doğumun zor olması (%3,9), normal doğumun cinselliğini olumsuz etkilemesinden korkması (%3,9), gebeliğin tedavi sonucu olması (%1,9) şeklindedir (Tablo 5).
- Araştırmada gebelerin normal doğumu tercih etme nedenleri sırasıyla; bebek ve kendisi için en sağlıklı yöntem olduğuna inanma (%81,3), vücudun doğasına uygun yöntem olduğunu düşünme (%65,3), erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği (%59,3), anestezi/ameliyat korkusu (%32,3), önceki doğumun normal ve sorunsuz olması (%23,7), 3'den fazla çocuk isteği (%8,8), hekim önerisi (%8,5), günahlarının affedileceğine inanma (%8,0), eş ve aile üyelerinin baskısı (%1,7), maliyetinin sezaryene göre düşük olması (%0,5) şeklindedir (Tablo 5).
- Doğum şekli tercihi çalışma durumu açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($\chi^2=6,779$, $p=0,009$). Buna göre herhangi gelir getirici bir işte çalışan kadınlar daha fazla sezaryen doğum tercih etmektedir (Tablo 7).
- Araştırmada doğum şekli tercihleri ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($\chi^2=56,121$, $p=0,001$), gelir düzeyi düşük olan kadınların daha çok normal doğumu, gelir seviyesi arttıkça kadınların sezaryen doğumu tercihleri artmaktadır (Tablo 7).
- Gebelerin doğum şekli tercihleri yaşadığı yer, eşin çalışma durumu ve aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 7).

- Araştırmada normal doğum planlayanların yaş ortalaması, sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($z=-7,308$, $p=0,001$). (Tablo 8).
- Araştırmada normal doğum planlayanların toplam evlilik süresi sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($z=-10,165$, $p=0,001$). (Tablo 8).
- Araştırmada normal doğumu planlayanlarda gebelik sayısı ($z=-10,103$, $p=0,001$), doğum sayısı ($z=-11,245$, $p=0,001$), yaşayan ocuk sayısı ($z=-11,158$, $p=0,001$), düşük kürtaj sayısı ($z=-1,986$, $p=0,047$) sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 8).
- Araştırmada planlanan doğum şekli ile parite arasındaki ilişki incelendiğinde; normal doğum planlayanların %43,0'ünün ve sezaryen doğum planlayanların %72,0'sinin multipar olduğu, normal doğum planlayanların %7,12'si ve sezaryen doğum planlayanların %15,3'ünün grand multipar olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=107,352$, $p=0,001$) (Tablo 9).
- Planlanan doğum şekli ile bu gebeliğinin planlı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=33,735$, $p=0,01$). Normal doğum planlayanların %83,4' ve sezaryen doğum planlayanların %65,7'sinin bu gebeliği planlıyken; normal doğum planlayanların %16,5'si ve sezaryen doğum planlayanların %34,2'sinin bu gebeliği planlı değildir (Tablo 9).
- Araştırmada gebe bilgilendirme sınıfından eğitim alan kadınların daha fazla sayıda normal doğumu tercih ettiği belirlenmiş fakat eğitim alan gebe sayısının azlığı nedeniyle gruplar istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır (Tablo 10).
- Gebelerin gebelik süresince ebe/hemşireden eğitim almaları incelendiğinde ise; normal doğum planlayanların %49,8' i ve sezaryen doğum planlayanların %32,3'  gebeliği süresince ebe/hemşireden eğitim aldığı ve planlanan doğum şekli ile gebeliği sürecince ebe/hemşireden eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=22,729$, $p=0,001$) (Tablo 10).

- Gebelerin doğum şekli tercihleri ile doğum şekline kendisinin karar verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=254,7$, $p=0,001$). Normal doğum planlayanların %94,7'si ve sezaryen doğum planlayanların %49,2'si doğum şekline kendisinin karar verdiğini bildirmektedir. Ayrıca normal doğum planlayanların %22,4' ü ve sezaryen doğum planlayanların %78' i doğum şekline hekimun karar verdiğini bildirmekte ve aradaki ilişki anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=238,1$, $p=0,001$). Benzer şekilde, normal doğum planlayanların %8' i ve sezaryen doğum planlayanların %4' ü doğum şekline eşi/ailesinin karar verdiğini bildirmiş, fakat sezaryen doğum planlayanlardaki eş/aile üye sayısının azlığı nedeniyle gruplar istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır (Tablo 10).
- Araştırmada gebelerin doğum şekli tercihleri ile karar verme stilleri arasındaki ilişki, Melbourne Karar Verme Ölçeği (I-II) ile incelenmiştir. Ölçekten alınan puanlara göre karar vermede özsaygı, sezaryen doğum planlayanlarda, normal doğum planlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($z=-2,184$, $p=0,029$) (Tablo 11).
- Gebelerin doğum şekli tercihleri ile ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; dikkatli karar verme alt boyutu puanları bakımından planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-3,69$, $p=0,001$). Sezaryen doğum planlayanların dikkatli puanı normal doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Panik karar verme alt boyutu puanları bakımından planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-1,971$, $p=0,049$). Normal doğum planlayanların panik puanı sezaryen doğum planlayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Kaçingan ($z=-1,069$, $p=0,285$) ve erteleyici ($z=-1,419$, $p=0,156$) karar verme alt boyutları bakımından planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 11).
- Araştırmada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği'nden, vaginal doğum yapmayı planlayan gebeler ortalama $55,5\pm 19,6$ puan, sezaryen doğum yapmayı planlayanlar ortalama $56,4\pm 20,2$ puan almış olup, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($z=-0,582$, $p=0,56$) (Tablo 12).

- Ölçeğin kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sezaryen doğum planlayanların %30,7' si şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşarken, normal doğum planlayanların %27,2' si şiddetli korku ve klinik düzeyde korku yaşamaktadır (Tablo 12).
- Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği ve Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile karar vermede öz saygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,216$). Buna göre doğum korkusu arttıkça, karar vermede öz saygı puanları azalmaktadır (Tablo 13).
- Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile dikkatli karar verme puanları arasında istatistiksel olarak zayıf ve ters yönlü bir ($r=-0,148$) ilişki bulunmaktadır. Buna göre doğum korkusu arttıkça dikkatli karar verme puanları azalmaktadır (Tablo 13).
- Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile kaçınan karar verme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,095$). Doğum korkusu arttıkça karar vermede kaçınan yaklaşım puanları da artmaktadır (Tablo 13).
- Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanları ile erteleyici karar verme ($r=0,212$) ve panik karar verme ($r=0,230$) puanları arasında istatistiksel olarak zayıf ve aynı yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Doğum korkusu arttıkça karar vermede erteleyici yaklaşım ve panik karar verme puanları da artmaktadır (Tablo 13).
- Planlanan doğum şekli ile karar verme stilleri ölçeğinden alınan puanlarla, Wijma Doğum Beklentisi deneyimi ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; Normal doğum planlayanlarda, Wijma puanı ile öz saygı, dikkat, kaçınan, erteleyici, panik ve toplam Melbourne puanları arasında ters yönlü anlamlı fakat düşük ilişki görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre Wijma ile öz saygı ve dikkat puanları arasında ters yönlü bir ilişki olup, doğum korkusu arttıkça karar vermede öz saygı ve dikkatli karar verme puanları azalmaktadır. Ayrıca, Wijma puanı ile kaçınan, erteleyici, panik karar verme ile aynı yönlü pozitif bir ilişki görülmektedir. Buna göre doğum

korkusu arttıkça kaçınan, erteleyici ve panik karar verme puanları da artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 14).

- Planlanan doğum şekli ile karar verme stilleri ölçeğinden alınan puanlarla, Wijma Doğum Beklentisi deneyimi ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; Sezaryen doğum planlayanlarda, Wijma puanı ile öz saygı, dikkat ve kaçınan puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemekte fakat erteleyici ve panik puanları arasında pozitif ilişki görülmektedir. Buna göre doğum korkusu arttıkça erteleyici ve panik karar verme puanları da artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 14).



6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Doğum korkusu ve doğum konusunda bilgi eksikliği kadınların doğum şekli kararını etkileyen önemli faktörlerdir ve bu nedenle her kadının gebelik ve doğum konusunda yeterli eğitim ve danışmanlık hizmeti alması sağlanmalıdır. Kadınların normal doğum konusunda gebe bilgilendirme sınıfları, sosyal medya kampanyalarıyla eğitilmesi, sezaryen doğum oranlarının azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu eğitimler özellikle çalışan kadınlar ve ailelerini de kapsayacak şekilde planlanmalıdır.
- Araştırmada ebe/hemşireden eğitim alanların doğum şekli tercihlerinin normal doğum lehine değiştiği görülmüştür. Bu nedenle gebelik döneminde tüm kadınlara nitelikli ebelik bakımının sağlanması önerilmektedir.
- Kadınların karar verme stillerinin doğum şekli tercihini etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle kadınların karar verme mekanizmalarını güçlendirecek sosyo-ekonomik ve toplumsal önlemlerin alınması gereklidir. Bu nedenle sezaryen doğumu azaltmaya yönelik çalışmalar yalnızca doğum konusuna odaklanmamalı, kadınların karar verme mekanizmalarını da güçlendirecek ve bilgiye erişimlerini kolaylaştıracak şekilde yapılandırılmalıdır.
- Gebelik ve doğum konusunda sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, kadınların başta ebeler olmak üzere tüm sağlık çalışanları tarafından kararlara katılmaları konusunda desteklenmesi gereklidir.
- Çalışmada geçirilmiş sezaryen doğumla ilişkili olarak multipar ve grandmultipar kadınların daha yüksek oranda sezaryen tercih etmeleri, güvenli koşullarda sezaryen sonrası vaginal doğum olanağının artırılması gerektiğine işaret etmektedir.
- Ayrıca araştırmanın farklı coğrafi, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikler gösteren örneklerle tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Adageba RK, Danso KA, Adusu-Donkor A, Ankobea-Kokroe F. (2008). Awareness and perceptions of and attitudes towards caesarean delivery among antenatal. *Ghana medical journal*, 42(4), 137.
- Akarsu RH, Mucuk S. (2014). Turkish women's opinions about cesarean delivery. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(6):1308.
- Aktaş S, Yılar Z.(2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 111-124.
- Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. (2011). Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. *JOPP Derg*, 3(2):55-63.
- Alves B, Sheikh A. (2005). Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(7): 994-996.
- Angeja ACE, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(11): 1253-1258.
- Arslan H, Karahan N, Çam Ç. (2008). Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2):54-59.
- Aslan Ş, Okumuş F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 4(1): 32-40.
- Ayaz NP. (2011). İlk Kez Sezaryen Olan Hastalar İle Mükerrer Sezaryen Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Doç. Dr. Adnan Narcı).
- Bailit JL, Love TE, Mercer B. (2004). Rising cesarean rise: are patients sicker. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191: 800-803.

- Başar F, Sağlam HY. (2018). Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(1): 59-74.
- Bektaş MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. (2001). Sezaryen, Obstetrik Maternal-Fetal tıp & perinatoloji. Nobel Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara.
- Borlu A. (2008). Kayseri Kentsel Alanda Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekli Konusundaki Düşünce ve Davranışları, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA).
- Bülbül G. (2012). İstanbul'da Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Doğum Şekli ile İlgili Görüş ve Önerileri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Şanda ÇALI).
- Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3): 126-130.
- Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AY, Bektas E, Unal O, Turan C. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 30(2):155-158.
- Cao CS, Zhu MJ, Lin XJ. (2004). Analysis on the willing of mode of delivery among registered pregnant women. *Matern Child Health Care China*, 19: 79-80.
- Ceylantekin Y. (2006). Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç.Dr. Mehmet Yılmaz).
- Cleary-Goldman J, Cornelisse K, Simpson LL, Robinson JN. (2005). Previous cesarean delivery: Understanding and satisfaction with mode of delivery in a subsequent pregnancy in patients participating in a formal vaginal birth after cesarean counseling program. *American journal of perinatology*, 22(04): 217-221.
- Connolly AM, Thorp J, Pahel L. (2005). Effects of pregnancy and 23. childbirth on postpartum sexual function: A longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal*, 16: 263-267.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. (2001). Cesarean section and postpartum hysterectomy. *Williams Obstetrics*. 21st Ed. New York. The McGraw-Hill Companies.
- Çakaloz DK, Çoban A. (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasında ebenin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1): 51-59.

- Çiçek Ö, Mete S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8 (4):263-268.
- Çivili D. (2005). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ).
- Demirbaş M, Karabel MP, İnci MB. (2018). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4):158-163.
- Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. (2017). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. 1. Baskı, *Akademisyen Kitabevi, Ankara*.
- Deniz ME. (2004). Üniversite öğrencilerinin karar vermede öz saygı karar verme stilleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 4 (15): 23-35.
- Dinç H, Yılmaz T, Günaydın S. (2014). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1):68-76.
- Dossett EC. (2008). Perinatal depression, *Obstetric and Gynecology Clinics Of North America*, 35, 35(3): 419–434.
- Dönmez S, Yeniçel ÖA, Kavlak O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3): 908-920.
- Duran ET, Atan ŞÜ. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3).
- Elkin N. (2016). Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18–49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(2).
- Erbaba H, Pınar G. (2016). Postpartum perineal travmanın önlenmesi ve yönetimine ilişkin güncel yaklaşımlar. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 13(3): 272-281.
- Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3): 26-34.
- Eriksson C, Westman G, Hamberg, K. (2006). Content of childbirth-related fear in swedish women and men - Analysis of an open-ended question. *The Journal of Midwifery & Women’s Health*, 51(2):112-118.

- Escott D, Slade P, Spiby H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical psychology review*, 29(7): 617-622.
- Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Kılıççı Ç. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1): 31-43.
- Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women, *Journal Of Clinical Nursing*, 18, 667–677.
- Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery*, 26(4): 394-400.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A western australian example, *Social Science and Medicine*, 63 (1): 64-75.
- Gamble JA, Creedy DK. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28(2):101-110.
- Gao Q, Shi YH, Zeng QQ, Jiang Y, Zhang X, Chang C.(2017). Effects of health promotion on spontaneous labor on choice of delivery pattern among infant mothers in Hunan province, *Chin J Public Health*, 33(4):618–21.
- Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sorensen M, Sand PK. (2003). Prevalence of anal incontinence among mothers of multiples and analysis of risk factors. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(6):1627-1630.
- Gözükara F, Eroğlu K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1):32-46.
- Gözükara F, 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 Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2): 89-100.
- Gül N. (2008). Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Goztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Necdet SÜER).

- Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(6): 618-623.
- Hildingsson I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth—a longitudinal cohort study. *Sexual - Reproductive Healthcare*, 5(2):75-80.
- Himmetoğlu Ö, Demirtürk F. (2003). Sezaryen güncel değerlendirme ve kabul edilebilir sezaryen oranlarının sağlanması yönünde öneriler. *MN-Klinik Bilimler&Doktor*, 9: 516-523.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
- Hofberg K, Brockington I. (2000). Tokophobia: A morbid dread of childbirth. its presence in great britain and gran cayman, *Journal Of Psychosomatic Obstetric And Gynecology*, 22 (5): 96-98.
- Hofberg K, Ward MR. (2003). Fear of pregnancy and childbirth, *Postgraduate Medical Journal*, 79 (3): 505-510.
- Hofberg K, Ward MR. (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: The obstetric–psychiatric interface, *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 47 (3): 527-534.
- Huang Y, Wu ZZ, Yu XJ, Huang L.(2017). Investigation and analysis on the choices of delivery mode of 1567 subjects in Huangshan city. *Anhui J Prev Med*, 23(1):37–49.
- Jiang W, Li M. (2012). Impact of pregnant women's willingness on mode of delivery. *Mod Appl Med*, 24(3): 323–4.
- Karabulutlu Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3): 210-218.
- Karahan N. (2018). Sezaryen oranlarını azaltmada ebelerin rolleri. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 11(1): 94-98.
- Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1): 113-121.

- Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. (2011). Nonclinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Kingdon C, Downe S, Betran AP. (2018). Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive health*, 15(1):130.
- Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E. (2008). Manisa doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. *Ege Tıp Dergisi*, 47(2): 87-92.
- Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; Bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması, *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1):47-54.
- Kjærgeaand H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in sweden and denmark, *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 26(4): 340-350.
- Koca S. (2015). Kadınların Sezaryen Doğum Tercihi ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU).
- Konakçı SK, Kılıç B. (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 1(4): 286-288.
- Korb D, Goffinet F, Seco A, Chevret S, Deneux-Tharaux C. (2019). Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis. *CMAJ*, 191(13): E352-E360.
- Korukcu O, Kukulu K, Fırat MZ. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(3): 193-202.
- Kosan Z, Kavuncuoglu D, Calikoglu EO, Aras A. (2019). Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 48(6):395-400.
- Körükcü Ö, Fırat MZ, Kukulu K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470.

- Kuzgun Y, Bacanlı F. (2005). Pdr’de kullanılan ölçekler. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(10):1350-1355.
- Lazoğlu M. (2014). Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz -Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Serap Ejder Apay).
- Levey L, Radan K, Hartley AH, Newport DJ, Stowe ZN. (2004). Psychiatric disorders in pregnancy, *Neurologic Clinic* 22, 863–893.
- Li WY, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B. (2014). Change of childbirth preference after delivery among nulliparous Chinese women and their partners. *J Obstet Gynaecol Res*, 40(1):184–91.
- Liang H, Fan Y, Zhang N, Chongsuvivatwong V, Wang Q, Gong Sriplung H. (2018). Women’s cesarean section preferences and influencing factors in relation to China’s two-child policy: a cross-sectional study. *Patient preference and adherence*, 12: 2093.
- Loke AY, Davies L, Li SF. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res*, 15: 274.
- Manyeh AK, Amu A, Akpakli DE, Williams J, Gyapong M. (2018). Socioeconomic and demographic factors associated with caesarean section delivery in Southern Ghana: evidence from INDEPTH Network member site. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 405.
- Maroufizadeh S, Amini P, Hosseini M, Almasi-Hashiani, A, Mohammadi M, Navid B, Omani-Samani R. (2018). Determinants of cesarean section among primiparas: A comparison of classification methods. *Iranian journal of public health*, 47(12): 1913.
- Melender HI. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women, *J. Midwifery Women's Health*, 4(2): 25-29.
- Mete S, Çiçek Ö, Aluş TM, Çamlıbel M. (2017). Uludağ E. Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9(3): 201- 206.
- Milcent C, Zbiri S. (2018). Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery. *Health economics review*, 8(1), 7.

- Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(1): 86-93.
- Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Gama SG, Leal M. (2018). Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(3): 351-359.
- Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?. *Birth*, 33(3): 221-228.
- Nilsson C, Lundgren I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth, *Midwifery*, 25(2): E1-E9.
- Nieminen K, Stephansson O, Ryding, EL. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(7): 807-813.
- OECD (2017), Caesarean sections (indicator). doi: 10,1787/adc3c39f-en (Accessed on 15 December 2017).
- Öner S, Koçuş F. (2016). Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5):401- 407.
- Özkan A, Hacıhasanoğlu T. (2012). Muhasebe meslek mensuplarının kişilik özellikleri ve etik karar verme davranışları arasındaki ilişkiler. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2): 37.
- Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turk J Public Health*, 11(2):58-71.
- Pang MW, Lee TS, Leung AKL, Leung TY, Lau TK, Leung TN. (2007). A longitudinal observational study of preference for elective caesarean section among nulliparous Hong Kong Chinese women. *BJOG*, 114:623-9.
- Park CS, Yeoum SG, Choi ES. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences*, 7(1): 3-8.
- Patricia S, Yoder W. (1999). Leading and managing in nursing. Second edition USA, mosby company, 91-105.

- Prosser SJ, Barnett AG, Miller YD. (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1): 241.
- Rahman MM, Haider MR, Moinuddin M, Rahman AE, Ahmed S, Khan MM. (2018). Determinants of caesarean section in Bangladesh: Cross-sectional analysis of Bangladesh Demographic and Health Survey 2014 Data. *PloS one*, 13(9), e0202879.
- Rouhe H, Salmela-Aro, K, Halmesmäki E, Saisto T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73.
- Safari-Moradabadi A, Alavi A, Pormehr-Yabandeh A, Eftekhaari TE, Dadipoor S. (2018). Factors involved in selecting the birth type among primiparous women. *Journal of education and health promotion*, 7.
- Saisto T, Halmesmaki E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 82(3): 201-208.
- Saisto T, Salmela-Aro, K., Nurmi, JE, Halmesmäki E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5): 492-498.
- Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17(3):104-112.
- Seller A. (2012). Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).
- Serçekuş P, Okumuş H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey, *Midwifery*, 14(2): 12-20.
- Shiloh S, Koren S, Zakay D. (2001). Individual differences in compensatory decision-making style and need for closure as correlates of subjective decision complexity and difficulty. *Personality and individual differences*, 30(4): 699-710.
- Song B, Zhang Y, Zhao W, Peng ZY. (2007). Analysis on influencing factors of pregnant women's preference for mode of delivery. *Chin J Health Educ*, 23(9): 689-91.
- Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(3): 318-324.

- Stone SD, Menken AE (2008). Perinatal and postpartum mood disorders perspectives and treatment guide for the health care practitioner, Springer Publishing Company, New York, 75.
- Sürekli HE, Mortaş A. (2015). OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye. tkhk.istatistik@saglik.gov.tr. Erişim Tarihi:14.04.2019).
- Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(2):210-214.
- Şahin NH. (2009). Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 93-97.
- Şen E, Dağ H, Senveli S. (2015). The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. *Nursing Practice Today*, 2(1): 25-33.
- Tangcharoensathien (2006). Caesarean Deliveries in thaliand: Cause for concern, Regional health forum WHO South – easth asia region.
- Taşçı S. (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci, *Sağlık Bilimleri Dergisi Hemşirelik Özel Sayısı*, 14: 73-78.
- Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, Merialdi M. (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1): 78.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>.. Erişim Tarihi: 19.05.2018).
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim Tarihi:23.06.2018).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı. (2016). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara,<https://www.saglik.gov.tr/TR,31249/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 13.01.2018).
- Uçar T, Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2): 54-58.

- Vatansever Z. (2009). Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş).
- Vatansever Z, Okumuş H. (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2): 81-87.
- Vural G, Erenel AŞ. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2):76-83.
- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6): 638-646.
- Wang HW. (2017). Influencing factors and countermeasures of cesarean section of pregnant women in Binhai new are, master's thesis, Tianjin: Tianjin Medical University.
- Wijma K, Ryding EI, Wijma B. (2002). Predicting psychological well being after emergency caesarean section: A preliminary study, *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 20(1): 25-38.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. (1998). Psychosomatic aspects of w-Deq: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth, *Journal Of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 19 (4): 84-97.
- Wiklund I, Andolf E, Lilja H, Hildingsson I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request—guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(3): 99-106.
- Wilkund I, Edman G, Ryding E, Andolf E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *British Journal Of Obstetric And Gynechology*, 115(3): 324–331.
- World Health Organization (WHO). (2001). Caesarean section delivery, an increasingly popular option. *Bull World Health Organ*, 79(12): 1173. (Erişim Tarihi: 27.04.2019).
- World Health Organization (WHO). (2015). *WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015 [citado 15 jul 2017]. WHO/RHR/15.02*). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15_02_eng.pdf. (Erişim Tarihi: 15.07.2017).
- Xie T, Tan QC. (2017). Selection willingness of pregnant women on cesarean section and its influence factor analysis. *Lab Med Clin*, 14(17): 2549–51.

- Xu LL, Deng LL. (2017). Impact of ‘two children policy’ on pregnant outcome of nulliparous pregnant women and related factors analysis. *Chin Gen Pract Nurs*, 15(26):3304–5.
- Yaşar Ö, Şahin F, Coşar E. (2007). Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetry*, 17: 414-420.
- Zar M, Wijma K, Wijma B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 30, 75–84.
- Zhang H, Song Y, Dai HQ, Liu XN, Li Q. (2012). Pregnant women’s willingness of choosing mode of delivery and its influencing factors. *J Chengde Med Coll*, 29(1):99–100.
- Zhang QP, Tao YL, Chen WH, Tan C. (2016). Investigation on delivery mode and willingness of pregnant women in Jiangxi province. *Matern Child Health Care China*, 31(2): 357–9.
- Zhang H, Wu J, Norris J, Guo L, Hu Y. (2017). Predictors of preference for caesarean delivery among pregnant women in Beijing. *J Int Med Res*, 45(2): 798–807.
- İnternet: <http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=25&kid=227> (Erişim Tarihi:14.04.2019).

8. EKLER

EK 1. Gebe Tanılama Formu

GEBELERİN KARAR VERME STİLLERİ VE DOĞUM BEKLENTİLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Değerli Katılımcı,

Bu soru formu, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yürütülen bir yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. Ankete vermiş olduğunuz cevaplar bireysel olarak değerlendirilmeyecek ve kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmada güvenilir sonuçların üretilmesi için lütfen tüm soruları eksiksiz olarak ve içten cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN/ Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı

Dilek BEL/ Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

GEBE TANILAMA FORMU

SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Anket No:.....
2. Yaşınız:
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
 - 1. Okuryazar Değil/ Okuryazar
 - 2. İlköğretim mezunu
 - 3. Lise mezunu
 - 4. Üniversite ve üzeri
4. Çalışma durumunuz nedir?
 - 1. Çalışmıyorum
 - 2. Çalışıyorum
5. Nerede yaşıyorsunuz?
 - 1. Köy
 - 2. İlçe
 - 3. Şehir Merkezi
6. Medeni durumunuz nedir?
 - 1. Bekâr
 - 2. Evli
 - 3. Eşi ölmüş/ boşanmış/ ayrı yaşıyor
7. Evlenme yaşıınız?.....
8. Toplam evlilik süreniz?.....

9. Eşinizin çalışma durumu?

1. Çalışmıyor
 2. çalışıyor

10. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile
 2. Geniş aile (belirtiniz).....

11. Size göre gelir düzeyiniz nedir?

1. Gelirim giderimden az
 2. Gelirim giderime denk
 3. Gelirim giderimden fazla

OBSTETRİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ SORULAR

12. Toplam gebelik sayınız?.....

13. Doğum sayınız?.....

14. Yaşayan çocuk sayınız?.....

15. Düşük/kürtajınız?.....

16. Gebelik haftanız?.....

17. Bu gebeliğiniz planlıydı?

- 1.Hayır
 2.Evet

18. Gebe kalmak için tedavi gördünüz mü?

- 1.Hayır
 2.Evet

19. Bu gebeliğinizde sağlık problem yaşadınız mı?

1. Hayır
 2. Evet (belirtiniz).....

20. Bu gebelikte düzenli olarak kontrollere gittiniz mi ?

1. Hayır
 2. Evet

21. Bu gebelikte kontrolleriniz nerede yapıldı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Aile sağlığı merkezi
 2. Özel hastane / muayenehane
 3. Devlet/eğitim araştırma hastanesi

22. Kim tarafından yapıldı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ebe
 2. Hemşire
 3. Hekim
 4. Diğer(belirtiniz).....

23. Gebelik süresince doğuma hazırlık konusunda herhangi eğitim aldınız mı ?

1. Bir hastanenin gebe bilgilendirme sınıfından
 2. İnternet, kitap ve dergiler
 3. Kadın doğum hekiminden
 4. Ebe/hemşirelerden
 5. Kadın doğum hekimi ve aile hekiminden

24. Bebeğiniz ve sizinle ilgili hiçbir tıbbi problem olmadığını düşünürsek, doğumunuzu hangi yöntemle yapmayı planlıyorsunuz ?

- 1. Normal vaginal doğum
- 2. Sezaryen doğum

25. Doğum şeklinize kim karar verdi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1. Kendim
- 2. Eşim ya da aile üyelerim
- 3. Hekim yönlendirmesi/ tavsiyesi
- 4. Diğer(belirtiniz.).....

26. Eğer normal doğum yapmayı planlıyorsanız, tercih etme sebepleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1. Normal olana uygun doğurmak
- 2. Anestezi/ameliyat korkusu
- 3. Hekimin önerisi
- 4. Eşi ve aile üyelerinin baskısı
- 5. Maliyetinin sezaryene göre daha düşük olması
- 6. İyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği
- 7. Üçten fazla doğum yapmak istemesi
- 8. Önceki doğumunun normal ve sorunsuz olması
- 9. Bebek ve kendisi için en sağlıklı yöntem olduğu düşüncesi
- 10. Günahlarımın af olacağını düşünüyorum

27. Eğer sezaryen doğumu yapmayı planlıyorsanız tercih etme sebebiniz nedir? (Birden fazla madde işaretleyebilirsiniz):

- 1. Bebek için daha sağlıklı bir doğum şekli olduğunu düşünüyorum
- 2. Cinsel organlarımda yaralanma (yırtık, kesilme) olmasından korkuyorum
- 3. Doğum ağrısını yaşamaktan korkuyorum
- 4. Doğum zamanını önceden belirleyebilme şansı olması
- 5. Normal doğum yapmaktan korkuyorum
- 6. Daha önceki doğumumda zor doğum yaptığım için
- 7. Normal doğumun cinselliğimi olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum
- 8. Rahim ve diğer organların sarkmasından korkuyorum
- 9. Tüplerimi bağlatmak istiyorum
- 10. Bu gebelik tedaviyle oluştuğu için risk almak istemiyorum
- 11. Bir önceki doğumum sezaryenle sonuçlandı için
- 12. Bebeğin eşi rahim ağzını kapattığı için
- 13. İri bebek olduğu için
- 14. Çoğul gebelik olduğu için
- 15. Cinsel birleşme sırasında kasılma(vajinismus)yaşadığım için

EK 2. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I -II

MELBOURNE KARAR VERME ÖLÇEĞİ I-II

BÖLÜM I

YÖNERGE: Kişiler, karar verme aşamasında kendilerini ne derece rahat hissettikleriyle ilgili olarak farklılık

		Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
(1)	Karar verme yeteneğime güvenirim.	[]	[]	[]
(2)	Karar verirken kendimi birçok kişiden aşağı görürüm.	[]	[]	[]
(3)	Kendimi karar vermede başarılı biri olarak düşünürüm.	[]	[]	[]
(4)	Kendimi o kadar cesaretsiz hissederim ki, karar verme uğraşından vazgeçerim.	[]	[]	[]
(5)	Verdiğim kararlar iyi sonuçlanır.	[]	[]	[]
(6)	Diğer insanların, benim kararımdan ziyade, kendi kararlarının doğru olduğu konusunda beni ikna etmeleri kolaydır.	[]	[]	[]

gösterirler. Lütfen karar verme konusunda kendinizi ne derece rahat hissettiğinizi sizin için en uygun olan yanıtı işaretleyerek belirtiniz. Yardımlarınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

BÖLÜM II

Yönerge: Kişiler karar verirken izledikleri yol konusunda farklılık gösterirler. Lütfen aşağıdaki her bir soruya, sizin sitilinize en iyi uyan yanıtı işaretleyerek nasıl karar verdiğinizi gösteriniz.

Karar verirken,

		Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
(1)	Karar verirken kendimi, sanki büyük bir zaman baskısı altındaymışım gibi hissederim.	[]	[]	[]
(2)	Bütün alternatifleri göz önünde tutmayı severim.	[]	[]	[]
(3)	Kararları diğer kişilere bırakmayı tercih ederim.	[]	[]	[]
(4)	Bütün alternatiflerin dezavantajlarını ortaya çıkarmaya çalışırım.	[]	[]	[]
(5)	Son kararı vermeden önce, önemsiz konular üzerinde çok zaman harcarım.	[]	[]	[]
(6)	Kararı en iyi şekilde nasıl uygulayabileceğimi enine boyuna düşünürüm.	[]	[]	[]
(7)	Bir kararı verdikten sonra bile kararı uygulamayı geciktiririm.	[]	[]	[]
(8)	Karar verirken, karar hakkında pek çok bilgi toplamaktan hoşlanırım.	[]	[]	[]
(9)	Karar vermekten kaçınırım.	[]	[]	[]
(10)	Karar vermek zorunda olduğum zaman, karar üzerinde düşünmeye başlamadan önce uzun süre beklerim.	[]	[]	[]
(11)	Karar verme konusunda sorumluluk üstlenmeyi sevmem	[]	[]	[]
(12)	Karar vermeden önce amaçlarımı netleştirmeye çalışırım.	[]	[]	[]
(13)	Önemsiz, küçük olayların yolunda gitmeyebileceği olasılığı, benim aniden tercihlerimden dönüş yapmama neden olur.	[]	[]	[]

		Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
(14)	Bir karar benim tarafımdan veya başka biri tarafından verilecekse, ben karar vermeyi diğer kişiye bırakırım.	[]	[]	[]
(15)	Ne zaman zor bir kararla karşı karşıya gelsem, iyi bir çözüm yolu bulma konusunda kendimi kötümser hissederim.	[]	[]	[]
(16)	Seçim yapmadan önce çok fazla dikkatli davranırım.	[]	[]	[]
(17)	Zorunda kalmadıkça karar vermem.	[]	[]	[]
(18)	Son ana kadar karar vermeyi geciktiririm.	[]	[]	[]
(19)	Çok daha bilgili kişilerin benim yerime karar vermelerini tercih ederim.	[]	[]	[]
(20)	Karar verdikten sonra, kararın doğru olduğuna kendimi inandırmak için çok zaman harcarım.	[]	[]	[]
(21)	Karar vermeyi ertelerim.	[]	[]	[]
(22)	Acilen karar vermem gereken bir durumda doğru düşünemem.	[]	[]	[]

EK 2. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A versiyonu

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

(W-DEQ) A versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

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

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

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

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

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

mükemmel

mükemmel değil

2 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

korkunç

korkunç değil

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

3 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

yanlız

yanlız değil

4 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

güçlü

güçlü değil

5 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

kendinden emin

kendinden emin değil

6 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

korkmuş

korkmamış

7 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

yüzüstü bırakılmış

yüzüstü bırakılmamış

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

8 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

güçsüz

güçsüz değil

9 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

güvende

güvende değil

10 0 1 2 3 4 5

Son derece

Bağımlı

bağımsız

11	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç umutsuz değil	
	umutsuz						
12	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Gerginlik yok	
	gergin						
13	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç memnun değil	
	memnun						
14	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç hoşnut değil	
	hoşnut						
15	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç terkedilmiş değil	
	terkedilmiş						
16	0	1	2	3	4	5	
	Tamamen					Hiç kendine hakim değil	
	kendine hakim						
17	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç rahat değil	
	rahat						
18	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç mutlu değil	
	mutlu						

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı panik					Hiç panik değil	
20	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok	
21	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok	
22	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı öz güvenli					Öz güveni yok	
23	0	1	2	3	4	5	
	Son derece güvenli					Kendine güvensiz	
24	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı ağrılı					Hiç ağrı yok	

IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5

Son derece kötü

Kötü bir

bir şekilde davranacağım

şekilde davranmayacağım

26 0 1 2 3 4 5

Bedenimin bütün

Bedenimin bütün kontrolü

kontrolü sağlamasına izin vereceğim

sağlamasına izin vermeyeceğim

27 0 1 2 3 4 5

Kontrolümü tamamen

Kontrolümü

kaybedeceğim

kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

keyif verici

keyif verici değil

29 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç

doğal

doğal değil

30 0 1 2 3 4 5

Tamamen olması

Hiç olması gerektiği

gerektiği gibi

gibi değil

31 0 1 2 3 4 5

Son derece

Hiç tehlikeli değil

tehlikeli

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

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

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

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

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK 3. Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Karar Verme Stilleri ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli Tercihleri Üzerine Etkisi-
ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI	Decisions styles of pregnant woman and effects of birth shapes on the expectations of birth
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	40

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	T.C. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
	AÇIK ADRESİ:	T.C. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İslampaşa Mah. Şehitler Cad. 53200 Rize/Merkez
	TELEFON	0464 2123009-2123012
	FAKS	0464 2123015
	E-POSTA	etikkurul@erdogan.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç.Dr. Nazan Karahan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	RTEÜ Tıp Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	--			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Anket Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Barış UZUNOK
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.
*: Toplantıya Katılım

ASLININ AYNIYDIR
14.1.2016
Yeter ALTUNBAŞ
Şef

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Karar Verme Stilleri ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli Tercihleri Üzerine Etkisi-
ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI	Decisions styles of pregnant woman and effects of birth shapes on the expectations of birth
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	40

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	10.06.2016	40	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		<input checked="" type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU		<input type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		<input type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	Çalışmanın bitiminden en geç üç ay içerisinde bildirilmelidir (Must be reported within three months of the end of the study)				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/40	Tarih: 24.06.2016					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Yrd. Doç. Dr. Barış UZUNOK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Yrd.Doç.Dr.Barış UZUNOK	Fizyoloji	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Celile HATİPOĞLU	Halk Sağlığı	Rize Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Atilla TOPÇU	Tıbbi Farmakoloji	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hemşire Aynur YILMAZ	Hemşirelik	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hemşire Melek KAMACI	Hemşirelik	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Melek YAŞAR	Avukat	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Recep KOYUNCU	Sivil Üye	Rize İl Müftülüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Barış UZUNOK
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
14.11.2016
Yeter ALTUNBAS
Şef

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.
*: Toplantıya Katılım

EK 4. Kurum İzin Belgesi



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

RIZE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - RIZE İLİ KHİBGS EĞİTİM BİRİMİ
20.05.2016.16.11 - 64960800 - 799 - E.196



Sayı : 64960800/799
Konu : Çalışma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Rize Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapmakta olan, Ebe Dilek BEL, yüksek lisans tezi için Rize Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran gebeler üzerinde yüzyüze anket tekniği ile yapacağı; "**Gebelerin Karar Verme Stilleri ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli Tercihleri Üzerine Etkisi**" konulu çalışması için tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; birliğimize bağlı ilgili sağlık tesisinde sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esasına riayet edilerek, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi kaydıyla söz konusu çalışmasının Genel Sekreterliğimize bağlı ilgili sağlık tesisinde uygulaması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hakan GÖRGÜLÜ
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2016

Op. Dr. Gökhan DEMİRAL
Genel Sekreter

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Hakan GÖRGÜLÜ
İdari Hizmetler Başkanı

Dağıtım:

Gereği
Sayın Dilek BEL

Bilgi
Rize Devlet Hastanesi

Rize Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Rize Devlet Hastanesi
Kat:2 B Blok Rize
Faks No:04642142060

Bilgi için:Havva FURAT

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:havva.furat1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Havva FURAT Tif.No:
04642130500-1855- Faks: 04642142060 E-posta: khb53.egitim@saglik.gov.tr

Telefon No:0464 217 44 60-1855

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c30d6c65-683f-4eda-a633-ff6bb858242a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Dilek BEL 1990 yılında Samsun/Bafra ilçesinde doğdu; ilk ve orta öğretimini Samsun/Bafra'da tamamladı; Bafra Anadolu Lisesi'nden 2008 yılında mezun olduktan sonra 2009 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu ebelik bölümüne girdi; 2013 yılında mezun olduktan sonra Rize Devlet Hastanesinde ebe olarak göreve başladı. 2014'ten beri Rize Devlet Hastanesi'nde ebe olarak görev yapmaktadır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Eminettin Mahallesi, Atatürk Caddesi Rize Devlet Hastanesi, 53020

Merkez/Rize

Tel: 0546 805 02 41

e-posta: dilek_bel@hotmail.com