



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KASTAMONU İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN KADIN HEKİM,  
KADIN HEMŞİRE VE EBELERİN DOĞUM ŞEKİLLERİ VE  
NORMAL DOĞUMA BAKIŞ AÇILARI**

Çağnur KISA YILDIRIM  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

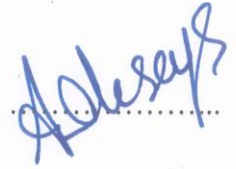
DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN

KARABÜK  
2018

## TEZ ONAYI

Çağnur KISA YILDIRIM'ın hazırladığı “Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açılırları”adlı bu çalışma 13/07/2018 tarihinde aşğıdaki jüri tarafından EBELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi. Ayşegül OKSAY ŞAHİN  
Tez Danışmanı



Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN  
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Fatma AY  
Üye



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

Doç. Dr. Kubilay TEKİN  
Enstitü Müdürü V.

## BEYAN FORMU

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.

13.07.2018

Çağnur KISA YILDIRIM

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgisini ve desteğini esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımlarıyla her zaman beni yönlendiren değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN'e,

Tez konumun belirlenmesi hususunda önerilerini ve desteğini esirgemeyen, mesleki duruşu ve varlığıyla bakış açımı geliştiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN'a,

Tez savunma jürimde bulunarak kıymetli bilgilerini ve önerilerini paylaşan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma AY'a,

Araştırmaya dahil olan tüm hekim, ebe ve hemşirelere,

Tez dönemim boyunca bana manevi destekte bulunan tüm dostlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, desteklerini her zaman hissettiren, haklarını ödeyemeyeceğim ailem; kıymetli annem Hatice KISA'ya, canım babam Fikri Kısa'ya ve çok sevdiğim kardeşlerim Öznur BEŞİR ve Hacer Gülnur KISA'ya ve eşimin ailesine.

Bu zorlu süreçte her daim yanımda olan, desteğini hep arkamda hissettiğim, beni sürekli motive eden ve bana güvenen, varlığı, sabrı, anlayışı ve yardımları için sevgili eşim İsmail YILDIRIM'a ve bu süreçte en büyük desteği veren ve sabrı gösteren, mutluluk kaynağım canım kızım MİRAY ADA'ya sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Çağnur KISA YILDIRIM

Karabük, 2018

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ ONAY FORMU .....	ii
BEYAN FORMU.....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT .....	xi
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>4</b>
2.1. Spontan Vajinal Doğum.....	4
2.2. Sezaryen .....	9
2.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD).....	15
2.4. Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler.....	17
2.5. Doğum Şekline Karar Verme Sürecinde Ebenin Rolü .....	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi .....	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	26
3.4. Bağımlı, Bağımsız Değişkenler .....	27
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.6. Verilerin Toplanması .....	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Yöntemler .....	28

3.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar .....	29
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>30</b>
4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	31
4.2. Çalışma Grubunun Gebeliklerine ve Doğumlarına İlişkin Bulgularine Ait Bulgular .....	32
4.3. Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	34
4.4. Son Doğum Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	37
4.5. Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	39
4.6. Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihi ile İlgili Görüşlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	40
4.7. Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	45
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
5.1. Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	48
5.2. Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	51
5.3. Son Doğum Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	58
5.4. Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Tartışılması .....	63
5.5. Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihi ile İlgili Görüşlerin Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	66
5.6. Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile ilgili Düşüncelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>78</b>
<b>6.1. Sonuçlar</b> .....	<b>79</b>
<b>6.2. Öneriler</b> .....	<b>81</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>83</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>99</b>
<b>Ek 1. Anket Formu</b> .....	<b>99</b>
<b>Ek 2. Etik Kurul Onayı</b> .....	<b>106</b>
<b>Ek 3. Kurum İzni</b> .....	<b>107</b>
<b>Ek 4. Kurum İzni</b> .....	<b>108</b>
<b>Ek 5. Kurum İzni</b> .....	<b>109</b>
<b>Ek 6. Kurum İzni</b> .....	<b>110</b>
<b>Ek 7. Kurum İzni</b> .....	<b>111</b>
<b>Ek 8. Kurum İzni</b> .....	<b>112</b>
<b>Ek 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu</b> .....	<b>113</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>115</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>A.B.D.</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACOG</b>	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>HSV-2</b>	: Herpes Simplex Virüsü
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>M.Ö.</b>	: Milattan Önce
<b>OECD</b>	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SSVD</b>	: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TENS</b>	: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>UCP-2</b>	: Uncoupling protein-2
<b>WHO</b>	: World Health Organization



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.</b> Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=334).....	31
<b>Tablo 2.</b> Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğumlarına Ait Bilgilerin Dağılımı .....	32
<b>Tablo 3.</b> Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=87) .....	34
<b>Tablo 4.</b> Son Doğumu Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=142) .....	37
<b>Tablo 5.</b> Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=105).....	39
<b>Tablo 6.</b> Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihine Dair Görüşlerin Karşılaştırılması (N=334).....	40
<b>Tablo 7.</b> Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılması (N=214) .....	45

## ÖZET

### **Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açıları**

Bu araştırma, Kastamonu il merkezinde çalışan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekillerini belirlemek ve spontan vajinal doğuma bakış açılarını öğrenmek amacıyla yapıldı.

Kesitsel tanımlayıcı tipteki çalışma, Kastamonu il merkezinde bulunan kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında çalışan, araştırmaya katılmaya kabul eden tüm kadın hekim, kadın hemşire ve ebeler evreni (N=550) oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimi yapılmadı, evren içerisinde araştırmaya katılmayı kabul eden 334 kadın hekim, kadın hemşire ve ebe örnekleme dahil edildi. Araştırmanın verileri etik kurul ve kurum izinleri alınmasını takiben anket formu ile toplandı. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare testleri kullanıldı.

Çalışmaya katılan hekim, ebe ve hemşirelerin en güvenilir doğum şekli ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı, tüm sağlık çalışanları spontan vajinal doğumu en güvenilir doğum şekli olarak belirtti; fakat çalışmada sağlık çalışanlarının sezaryen doğum yapma oranları daha fazla bulundu.

Çalışma bulgularımız; sezaryen oranlarını azaltıp, spontan vajinal doğum oranlarını arttırmak için sağlık çalışanlarının doğum ile ilgili düşüncelerinin ve bakış açılarının açığa çıkarılması ile ilgili yapılan çalışmalara katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Normal doğum, Sezaryen doğum, Doğum şekilleri, Ebe, Hekim, Hemşire

## **ABSTRACT**

### **The Types of Delivery and Vaginal Delivery from the Perspective of Female Nurses, Doctors and Midwives Who Work in Kastamonu City Centre.**

This research was conducted in order to determine the opinions of female nurses, doctors and midwives who work in Kastamonu city center, about types of delivery and spontaneous vaginal delivery.

This cross-sectional descriptive research was made on female nurses, doctors and midwives who accepted to attend research both from public and private hospitals located in Kastamonu city center. The sample group was not diversified, instead the absolute amount of 334 women who accepted to attend research, were included. The data was collected by surveys after all legal permissions were received from ethical committee and other related institutions. During data analysis process, numbers, percentage, average, standard deviation and x-square tests were used.

The results show that there is not a significant difference between doctors, nurses and midwives who attended research regarding the types of delivery preferences in terms of their safety; however the proportion of cesarean delivery was found to be higher among health professionals in the study.

This study would contribute to increase preference of spontaneous vaginal delivery instead of cesarean delivery by presenting opinions of medical personnels about these two types.

**Keywords:** Vaginal Delivery, Cesarean Delivery, Types of Delivery, Midwife, Doctor, Nurse

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Gebelik, doğum ve ebeveynliğe geçiş; kadın ve ailesi için sosyal ve duygusal çatışmaların eşlik ettiği normal fizyolojik süreçlerdir (Beiranvand et al. 2017). Kadının yaşam sürecinde geçirdiği en özel deneyimlerinden biridir (Özer-Topçu 2011). Bu dönemde verilmesi gereken en önemli kararlardan biri doğum şeklidir. Doğum şekline, annenin ve bebeğin durumu yakından takip edilerek karar verilmelidir (Todman 2007, Karabulutlu 2012). Doğumda ilk olarak tercih edilen yöntem anneyi ve bebeği etkileyecek herhangi bir tıbbi endikasyon durumu mevcut değil ise spontan vajinal doğumdur. Bir diğer yöntem ise sezaryen doğumdur (Özer-Topçu 2011).

Spontan vajinal doğum, fetüsün ve eklerinin vajinal yolla doğmasıdır. Sezaryen ise fetüs, plasenta, membranlarının abdominal ve uterus duvarlarına yapılan insizyonla çıkarılması şeklinde tanımlanır (Karabulutlu 2012).

Spontan vajinal doğum insanoğlunun varoluşundan beridir kullanılmakta olan bir doğum türüdür. Genellikle kadının vücudunun fizyolojik yapısı da spontan vajinal doğuma izin verecek yapıdadır. Mümkün olan en asgari müdahale, uygun ortam ve yeterli destek ile başarılı bir şekilde sonuçlanabilir (Park et al. 2005, Koca-Çoban 2015). En önemli avantajlarından biri normal fizyolojik bir olay olmasıdır (Miesnik 2007, Duran-Taşçı ve Atan-Ünsal 2011, Aktaş ve Erkek-Yılar 2018). Her ne kadar sezaryen doğuma göre daha güvenilir ve daha az riskli bir doğum şekli olsa da baş-pelvis uygunsuzluğu, bebeğin duruş anomalileri, iri bebek, distosi, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda spontan vajinal doğum yapılamamakta ve sezaryen doğum yöntemine başvurulmaktadır (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

Sezaryen; spontan vajinal doğumun önerilmediği ve güvenli bir şekilde gerçekleşmesi olasılığının azaldığında ve doğum sonrasında anne ve/veya bebek morbidite riski mevcut ise bebeğin ve annenin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik

girişimdir. Bu doğum şekli dünyada en fazla yapılan majör cerrahi girişimler arasında yer almaktadır (Konakçı-Kayser ve Kılıç 2004).

Sezaryen doğumun endikasyonları başında gelenleri sıralayacak olursak; doğumun güç olması, prezentasyon anomalileri, fetal sağlığı ile ilgili oluşan riskler ve indüksiyonun başarısız olmasıdır (Bal-Demirgöz vd. 2013). Tıbbi endikasyonlar dışında sezaryen operasyonu uygulamak doğru değildir. Sezaryen, cerrahi bir müdahale olup tıbbi gerekçelerle yapılması gerekmektedir, kesinlikle doğum seçeneği olarak düşünülmemelidir (Karabel vd. 2017). 1960 yıllarında sezaryen endikasyonu olmayan tanılar, 1980 yıllarında endikasyon olarak kabul görmüştür (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).

Türkiye’de her beş yılda bir yapılan TNSA verilerine göre; sezaryenin tüm doğumlar içindeki oranının 2003 yılında %21 (TNSA 2003), 2008 yılında %37 (TNSA 2008), 2013 yılında %48 olduğu görülmektedir (TNSA 2013). Sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki oranı %54,2, primer sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı ise %26,9'dur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016). Verilerden de anlaşılacağı üzere sezaryen doğum oranlarında ciddi derecede artış olduğu görülmektedir (Başar ve Sağlam-Yeşildere 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedeflerinde sezaryen oranının %15'i geçmemesi gerektiğini tavsiye etmektedir (World Health Organization, WHO 2006). Ülkemizde ise sezaryen doğum oranlarının 2016 sağlık istatistikleri yıllık verilerine göre %53 olduğu görülmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016).

Sezaryen doğumu tercih edenlerin sayısı yıllara göre giderek artmaktadır (Menacker et al. 2006). Literatürde ki bir araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe kendi isteğiyle sezaryen doğum tercih etme oranlarının arttığı, çalışan kadınların ev hanımlarına göre daha fazla sezaryen doğumu seçtikleri saptanmıştır (Ceylantekin 2006). Güngör vd. (2004)'ın çalışmasında da çalışan, eğitilmiş kadınlarda kendi tercihiyle sezaryen doğum yapma oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Akyol vd. (2011)'nin çalışmasında eğitim düzeyi sorgulandığında, sağlık çalışanı olan grubun eğitim düzeyinin, sağlık çalışanı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu

buna göre eğitim düzeyi arttıkça sezaryen doğum oranlarının da arttığı saptanmıştır (Akyol vd. 2011). Sayın vd. (2004)'nin çalışmasında sezaryenle doğum yapmış sağlık çalışanlarına doğumdan memnuniyet ve sonraki doğum şekli tercihleri sorgulandığında %78'i memnun olduğunu ve tekrar gebe kalırlarsa sezaryen doğumu seçeceklerini, %22'sinin ise tekrar gebe kalırlarsa spontan vajinal doğumu seçeceklerini bildirmiştir. Bu araştırmalarda da görüldüğü gibi sezaryen, özellikle sağlık çalışanları tarafından da çok tercih edilen bir doğum yöntemi olmuştur (Akyol vd. 2011) ve sezaryen doğumların artmasında sağlık çalışanlarının da büyük payı olduğu görülmektedir

Sağlık Bakanlığı Türkiye'de ki sezaryen sıklığının düşürülmesinde son yıllarda önemli girişimlerde bulunmaktadır. Sertifika programlarıyla ve sağlık politikalarının değiştirilmesiyle spontan vajinal doğuma teşvik etme girişimleri başlatılmıştır (Gözükara ve Eroğlu 2011).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, Kastamonu il merkezinde çalışan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekillerini belirlemek ve spontan vajinal doğuma bakış açılarını öğrenmek amacıyla planlandı.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Çalışma grubunun tanıtıcı özellikleri nasıldır?
2. Çalışma grubunun gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri nedir?
3. Son doğum şekli spontan vajinal doğum olanların doğum ile ilgili düşünceleri nedir?
4. Son doğum şekli sezaryen doğum olanların doğum ile ilgili düşünceleri nedir?
5. Hiç doğum yapmayanların doğum ile ilgili düşünceleri nedir?
6. Mesleklere göre doğum şekli tercihi ile ilgili görüşlerin karşılaştırılması nasıldır?
7. Sadece spontan vajinal doğum ve sadece sezaryen doğum yapanların doğum ile ilgili düşüncelerinin karşılaştırılması nasıldır?

## **2. GENEL BİLGİLER**

Gebelik, doğum ve ebeveynliğe geçiş; kadın ve ailesi için sosyal ve duygusal çatışmaların eşlik ettiği normal fizyolojik süreçlerdir (Beiranvand et al. 2017). Doğum, kadın ve ailesi için yaşamlarının en önemli, en özel ve en mucizevi deneyimi ve üreme sürecinin en heyecanlı bölümüdür (Sayiner ve Özerdoğan 2009). Fakat birçok kadın özellikle de ilk gebeliklerinde, daha önce deneyimlemedikleri doğum anı ve postpartum süreçle ilgili neler yaşayacaklarını tahmin edemedikleri için büyük stres yaşamaktadır (Altuntuğ vd. 2010, Duran-Taşçı ve Atan-Ünsal 2011). Bu dönemde verilmesi gereken en önemli karar ise doğum şeklidir. Gebeler doğum şekli kararını verme sürecinde güçlük çekmektedir (Sayiner ve Özerdoğan 2009, Akyol vd. 2011, Karabulutlu 2012, Doğaner vd. 2013, Başar ve Sağlam-Yeşildere 2018). Gebelerin doğum şekliyle ilgili sağlık profesyonelleri ve sosyal çevrelerinden duydukları bilgiler, bazen endişe sebepleri olmakta ve doğum şekli tercihlerini etkileyebilmektedir (Ateşer vd. 2017). Spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum iki farklı süreç ve iki farklı deneyimdir (Ateşer vd. 2017).

### **2.1. Spontan Vajinal Doğum**

Geçmişten günümüze kadar, tüm toplumlarda bir canlının dünyaya gelişi insanlığın varoluşundan bu yana büyük bir bilmece olarak görülmüş ve insan hayatında önemli bir durum olan doğum, tüm toplumlarda farklı gelenek ve göreneklerin uygulandığı mutlu bir an olarak kabul edilmiştir (Kömürcü ve Gençalp 2002, Koçak vd. 2010).

Tarihte doğum deneyimleri incelendiğinde çeşitli dönem ve medeniyetlerde farklılıklar olduğu görülmektedir (Karaman ve Yıldız 2018). Sümerlerde M.Ö. 4000'de, doğumları dişilik simgesi olan "Analık ve Merhamet Tanrıçaları" yapar, ebelerin bugünkü görev ve sorumlukları onlar tarafından üstlenilirdi (Kömürcü ve Gençalp 2002, Koçak vd. 2010). Sümer ve Mısır'da doğum yapan kadına, tecrübeli kadınlar tarafından yardımcı olunurdu. Böylece doğuma yardım kadına özgü bir eylem olarak benimsenmiştir. Bu yardımlar önceden sadece şarkı ve ilahilerle gebeyi

cesaretlendirmek iken, sonraları gelişerek ebelik sanatını doğurmuştur. Ebelik; Eski Yunan ve Roma'da parlak bir dönem yaşamıştır (Kömürcü ve Gençalp 2002). Doğum için kullanılan masalar, 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmış ve sağlık profesyonellerine doğumda çalışma kolaylığı sağlamasından dolayı litotomi pozisyonu tercih edilmiştir (Hofmeyr 2005, Karaman ve Yıldız 2018 ).

Spontan vajinal doğum eylemi, pelvisten fetüsün inişi ile birlikte efasman (silinme) ve dilatasyonuna (açılmasına) neden olan, düzenli uterus kontraksiyonları gerektiren, bebeğin vajinal doğumu ve ardından plasentanın çıkarılması ile karakterize bir süreçtir (Pairman et al. 2015).

Spontan vajinal doğum eyleminin nasıl başladığıyla ilgili fazla bir şey bilinmemektedir. Ancak fiziksel değişikliklerden ve endokrinden etkilendiği düşünülmektedir (Kömürcü ve Ergin 2008). Yüzyıllardır bütün memelilerin soylarını ileri taşımakta kullandıkları doğum yöntemidir (Duran-Taşçı ve Atan-Ünsal 2011, Aktaş ve Erkek-Yıllar 2018). Genellikle kadının vücudunun fizyolojik yapısı da spontan vajinal doğuma izin verecek yapıdadır. Mümkün olan en asgari müdahale, uygun ortam ve yeterli destek ile başarılı bir şekilde gerçekleşebilir (Park et al. 2005). En önemli avantajlarından biri normal fizyolojik bir olay olmasıdır (Miesnik 2007, Duran-Taşçı ve Atan-Ünsal 2011, Aktaş ve Erkek-Yıllar 2018).

Anneye yararları; çabuk iyileşmenin olması, daha düşük enfeksiyon riski (WHO 2014, Molina et al. 2015), daha az cerrahi ve tıbbi müdahalenin gerekmesi, daha az anestezi komplikasyonu riski olması, hastaneden erken taburcu olma gibi olumlu etkileriyle kişi başına düşün maliyeti azaltarak, ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır (Ten Hoope-Bender et al. 2014, WHO 2014).

Anne erken mobilize olduğu için birkaç saat içinde günlük aktivitelere başlayabilmekte, bebeğiyle ilgilenebilmekte (Duran-Taşçı ve Atan-Ünsal 2011, Aktaş ve Karaçam 2017) ve bebeğini emzirebilmektedir (Duran-Taşçı ve Atan-Ünsal 2011, Aktaş ve Erkek Yıllar 2018). Spontan vajinal doğumda, oksitosin düzeyinin artması kontraksiyonları başlattığı gibi süt kanallarını da açarak süt akışını sağlamaktadır. Sezaryenle doğumda ise oksitosin artışı olmadığından dolayı süt salgılanması gecikmektedir (Prior et al. 2012, aka-Yalnızoğlu vd. 2017). Bu



nedenle sezaryen doğum yapanlar, spontan vajinal doğum yapanlara göre emzirme konusunda daha çok desteğe ve yardıma ihtiyaç duyarlar (Çaka-Yalnızoğlu vd. 2017). Ayrıca spontan vajinal doğumda anne-bebek etkileşiminin ve iletişiminin ilk 30 dakika içinde başlaması (BeatrizVelho et al. 2012), bununla birlikte anne ve bebek arasındaki duygusal ve tensel temasın kısa sürede olması (Çakır ve Alparslan 2018) emzirme için bir avantaj sağlamaktadır (Çaka-Yalnızoğlu vd. 2017).

Çetişli-Egelioglu vd. (2015)'nin çalışmasında spontan vajinal doğum yapan annelerin emzirme ve bağlanma durumlarının, sezaryen doğum yapanlardan daha iyi derecede olduğu görülmüştür (Çetişli-Egelioglu vd. 2015). Hormonların doğum sırasında anne bebek bağlanmasının sağlanmasında önemli rolleri vardır. Prolaktin hormonu doğum sonunda anneliğe ilişkin davranışların gelişmesinde ve etkili emzirmenin gerçekleşmesinde önemli rol almaktadır. Tensel temas ve emzirmeyle artan beta-endorfin seviyesi doğumdan sonraki ilk saatlerde anne bebek arasındaki iletişimi güçlendirir. Oksitosin hormonunun ise annenin duygularını düzenlemek ve annelik davranışlarını kolaylaştırmak gibi görevleri vardır (Dinç ve Özer 2016). Spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum karşılaştırıldığında, spontan vajinal doğum eyleminde oksitosine maruz kalma süresi uzar ve oksitosin üreten nöronların etkinliğinin artmasına neden olmakla beraber doğumdan sonraki ikinci gün ise en yüksek seviyesine ulaşır. Fakat sezaryen doğum yapanlarda doğum eylemini sağlayan oksitosinin olmaması ve doğum sonrası ilk saatlerde anne ve bebek fiziksel temasının gerçekleşmemesi oksitosin salınımını geciktirmektedir. Sezaryen doğumdan iki gün sonra oksitosin düzeyinde değişimler olduğu görülmektedir (Biçer vd. 2016).

Gebelik, kadınların sadece biyolojik durumunu değil, psikolojik ve sosyal durumunu da etki altına almaktadır. Ayrıca, kadınların sosyal hayatlarında ve aile üyelerinin rollerinde de değişikliklere neden olmaktadır (Murray and McKinney 2014). Annede oluşan fiziksel ve sosyal değişimlerin yanı sıra anneliğe geçişin yaşanması, yeni rollerin ve de sorumlulukların üstlenilmesi nedeniyle anneyi ruhsal açıdan riskli kılmaktadır (Yılmaz ve Öncel 2009). Litaretürde çalışmalar, doğum deneyimleri ile doğum şeklinin, postpartum depresyonun risk faktörleri arasında yer aldığını ve spontan vajinal doğum yapanlarda, sezaryen doğum yapanlara göre postpartum depresyon görülme riskinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Marakoğlu vd. 2008, Durukan vd. 2011, Herguner et al. 2014).

Spontan vajinal doğumun yenidoğan açısından yararları ise anne ve bebekte strese bağlı salgılanan hormonların anne bebek arasındaki bağı arttırması, ilk emzirmenin erken başlaması, bebeğin yaş akciğerli doğma riskinin daha az olması, bebeklik ve çocukluk çağında alerjik astım gibi solunum sistemi hastalıklarının riskinin azalması (WHO 2014, Aktaş ve Erkek-Yıllar 2018), daha düşük iatrojenik prematür doğum ve respiratuar distres sendromudur (Yakut-Yüksel 2015).

Finlandiya'da araştırma amaçlı yapılan bir çalışmada 2964 doğum arasında rastgele seçilen 143 sezaryenle doğan ve 106 spontan vajinal doğum ile doğan bebekler arasında bir karşılaştırılma yapılmıştır (Kero et al. 2002). Sezaryen grubundaki bebeklerde başka faktörlerle açıklanamayan yüksek astım riski bulunmuştur. Sezaryenle doğanlarda astım teşhisi %4,2 iken, spontan vajinal doğum ile doğanlarda %3,3 olarak bulunmuştur (Kero et al. 2002).

ABD'de 7 yılda 29.669 doğum olayı incelenmiştir. Sezaryenle doğan 4301 bebeğin ve 35. haftadan sonra spontan vajinal doğum ile doğan 21.017 bebeğin durumları karşılaştırılmıştır (Levine et al. 2001, Kero et al. 2002). Buna göre; inatçı pulmoner hipertansiyon oranı sezaryenle doğan bebeklerde %0,4 spontan vajinal yolla doğanlarda ise %0,08, geçici takipne ve solunum güçlüğü sırası ile %3,5 ve %1,1, respiratuar distres sendromu %0,47 ve %0,16, pozitif alerji testleri %22 ve %11 olarak bulunmuştur (Kero et al. 2002, Levine et al. 2001).

Aslan vd. (2016)'nin çalışmasında 60'ı spontan vajinal yolla doğan, 60'ı sezaryen ile doğan 120 yenidoğan UCP-2 (uncoupling protein-2) düzeyi yönünden incelenmiştir. Yenidoğanların beyin gelişimine büyük katkısı bulunan UCP-2 düzeyinin spontan vajinal doğan bebeklerde, sezaryen ile doğan bebeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İnsanlarda, doğumdan hemen sonra sindirim sistemi mikrobiyotası şekillenmeye başlar. Doğum şekli bebeklerdeki intestinal mikrobiyotanın şekillenmesiyle direkt ilişkilidir (Dominguez-Bello et al. 2010, Çetinbaş 2017, Yılmaz ve Altındiş 2017). Spontan vajinal doğum ile doğan bebek vajinal kanaldaki birçok mikroorganizmayla karşılaşarak sindirim sistemi mikrobiyotasını oluşturur. Spontan vajinal yolla doğan bebeğin intestinal mikrobiyotasını anne genitoüriner sistem mikroorganizmaları

oluşturur; sezaryen ile doğan bebekte ise intestinal sistem mikrobiyotasının, deri mikroorganizmalarına benzer şekilde oluştuğu görülmektedir (Dominguez-Bello et al. 2010, Yılmaz ve Altındış 2017). Yenidoğan intestinal mikrobiyotası, annenin deri ve vajinal mikrobiyotasına benzer olması mikrobiyotanın oluşumunun doğum şekliyle ilişkili olduğunu tekrar göstermektedir. Spontan vajinal yolla doğanlarda, sezaryen ile doğanlara göre bifidobacterium ve bacteroides türleri daha fazla bulunmaktadır (Çetinbaş 2017).

Doğum şekli ve ilk günlerdeki beslenme yenidoğanın bağırsak gelişimini de etkilemektedir. Doğum sırasında yenidoğan bağırsağı, bakterileri içeren çevre ile temasta bulunarak kolonize olur. Spontan vajinal yolla doğan bebeklerin kolonize olması daha erken olurken, sezaryen ile doğan bebeklerde bifidobacterium ve gaitada bakteri sayısı birinci ayda bile spontan vajinal doğan bebeklere göre daha azdır (Kültürsaray 2009, Başkaya ve Sayıner 2018). Bağırsak mikrobiyotası, bağışıklık sisteminin yeterli gelişmesi için kritik bir uyarandır (Sanz 2011).

Spontan vajinal doğumun avantajları olduğu gibi nadirde olsa bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Spontan vajinal doğum sonrası bazen şiddetli kanamalar görülebilir. Postpartum kanamanın en sık nedeni serviksin, vajinanın ve perinenin yaralanmalarından dolayı olabilir. Serviks yaralanması, serviksin dilatasyonu, doğumun hızlı ve müdahaleyle gerçekleştirilmesinden dolayı; perine yaralanmaları ise epizyotomi kesisinin yeterli olmamasından kaynaklı yırtılmadan dolayı görülebilir (Gül 2008).

Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları; epizyotomi onarımından sonra süturların açılması (Durmaz ve Buğdaycı 2013), zamanından önce uygulanmasından kaynaklı geçen süre içinde kanamanın fazla olması, zamanlaması geciktiğinde ise III. ve IV. derece perine yırtıklarının görülmesi, enfeksiyon, postpartum ağrı ve rahatsızlık, özbakım yetersizliği ve dispareni (Dönmez ve Sevil 2009). Duran vd. (2002)'nin çalışmasında epizyotomi uygulanmayan grupta periüretal laserasyonlar daha fazla, epizyotomi uygulanan grupta ise doğum salonunda kalma süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda epizyotominin üriner inkontinansa etkisi tartışmalıdır (Dönmez ve Sevil 2009). Bilgili vd. (2008)'nin çalışmasında, doğumda epizyotomi yapılmasının üriner inkontinans

üzerine etkisinin olmadığını saptamıştır. Diğer taraftan cerrahi tedavi uygulanan hastalar incelendiğinde; üriner inkontinans ve organ prolapsusu görülen hastaların geçirilmiş parite oranı fazla, nulliparite oranı az, sezaryen operasyonu oranı az ve spontan vajinal doğum oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Carley et al. 1999). Bunların nedeni gebelik ve doğuma bağlanmış problemler olsada etkileri halen bilinmemektedir (O'Boyle et al. 2003). Doğum ve üriner inkontinans ilişkisi açısından yapılan bir çalışmada ise nulliparlarda stres üriner inkontinans oranı %4,7, sezaryen doğumda %6,9, spontan vajinal doğumda ise %12,2 olduğu saptanmıştır (Rortveit et al. 2003). Ayrıca çalışma sonuçlarına baktığımızda epizyotominin rutin uygulamadan çıkarılması ve sınırlandırılması gerektiği, sadece gerekli zamanlarda yapılmasını ve onarımının en kısa sürede tamamlanmasını önermektedir (Hartmann et al. 2005, Dönmez ve Sevil 2009, Durmaz ve Buğdaycı 2013, Kütük vd. 2013). Aynı şekilde DSÖ de epizyotominin yararından çok zararının olduğunu, rutin olarak uygulanmaması gerektiğini bildirmiştir (Karaçam 2008).

Spontan vajinal doğumun bebek için dezavantajları ise omuz takılmasına bağlı, bebeğin klavikula ve kol kemiklerinde kırık, sinir harabiyeti; bebeğin uzun süre kanalda kalmasından dolayı oksijen alamaması ve bebeğin kaybedilmesidir. Bu spontan vajinal doğumda karşılaşılabilecek en korkulan fakat oldukça nadir görülen komplikasyonlardan biridir (Gül 2008).

Bazen spontan vajinal doğumlarda olumsuz deneyimlerin yaşanması, spontan vajinal doğuma karşı yanlış inanışların varlığı, kendiliğinden ya da müdahale sonucunda perineal travmaların gelişmesi kadınların sezaryen ile doğum tercihlerini arttırmaktadır (Duran-Taşcı ve Atan-Ünsal 2011).

## **2.2. Sezaryen**

Canlı, 500 gr üzerindeki fetus, plasenta ve membranların abdominal insizyon ve uterus duvarına yapılan insizyonla çıkarılması amacıyla uygulanan cerrahi müdahale "sezaryen" olarak tanımlanmaktadır (Güney vd. 2006, Yılmaz vd. 2008, Altuntaş vd. 2013, Alptekin-Büyükkaya 2015, Karabel vd. 2017).

Tarihte karın duvarına yapılmış ilk operasyon sezaryen operasyonudur (Lurie 2005, Todman 2007). Sezaryen ameliyatında dönüm noktası 1882'de Max Sanger'in

Leipzig'de üniversite kliniğinde ilk olarak asepsi kurallarını tanımlamış ve uterus duvarının dikilebileceğini bildirmiştir (Lurie 2005). Önceleri kadın aşırı kanama ya da sepsisten dolayı ölmekteyken, bu yöntem mortaliteyi azaltmıştır. Sanger operasyonu, günümüzde ki klasik sezaryendir. Ferdinand Adolf Kehrer ise uterusun iki kat sütüre edilmesini önermiştir (Lurie 2005). Ülkemizde ilk başarılı sezaryen operasyonu 1902 yılında Cemil Topuzlu tarafından gerçekleştirilmiştir (Alptekin-Büyükkaya 2015).

Asepsi yöntemleri, antibiyotiklerin bulunması, kan takviyesi ve anestezi tekniklerindeki buluşlar sezaryen operasyonuna bağlı komplikasyonları önemli ölçüde düşürmesine rağmen halen riskleri yok edememiştir (Alptekin-Büyükkaya 2015).

Sezaryen, spontan vajinal doğumda anne ve/veya bebek için artan mortalite ve morbidite durumlarında, belirli komplikasyonlar ortaya çıktığında veya spontan vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda alternatif olmayan yaşamsal bir operasyondur (Karabel vd. 2017). Ancak sezaryen doğum şeklinin gerekli olmadığı durumlarda, bu doğum yönteminin anne veya bebeğe yararlarını gösteren bir kanıt rastlanmamaktadır. Sezaryenin, kısa vadeli etkileri olduğu gibi anne, çocuk ve gelecek gebelikler için halen araştırılmakta olan uzun dönem etkilere de yol açabileceği bilinmektedir (Karabel vd. 2017). Sezaryen kadınların yaşamını her yönden etkileyen bir operasyondur (Ayaz 2011).

Sezaryen, dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık uygulanan cerrahi girişimlerden biridir (Souza et al. 2016, Karahan 2018). Geçmişte anne ve bebek için hayat kurtarıcı son seçenek olarak uygulanan sezaryen, yaygınlaşarak toplum, aile, hekim ve anne adayları tarafından zamanlaması yapılabilen, kısa sürede sonlanan, konforlu bir doğum şekliymiş gibi doğru olmayan biçimde algı uyandırmaya başlamıştır. Bu durum tüm dünyada sezaryeni komplikasyonları, maliyeti ve sonraki doğumlara olumsuz etkisiyle tartışılması gereken bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir (Menacker et al. 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985 yılından bu yana olması gereken sezaryen doğum oranlarını, tüm doğumlar içinde %10-15 oranında olmasını öngörmektedir

(Maharlouei et al. 2013, Betran et al. 2016, Başkaya ve Sayiner 2018). Buna karşın günümüzde sezaryen doğum sıklığı özellikle orta ve yüksek gelirli ülkelerde olmak üzere dünya genelinde hızla artmakta (Betran et al. 2016, Başkaya ve Sayiner 2018) en fazla uygulanan majör abdominal operasyon halini almaktadır (WHO 2009).

Sezaryen doğum; spontan vajinal doğuma göre anne-bebek açısından daha riskli olmasına rağmen giderek artan ve toplum sağlığı sorunu haline gelen, kadınlar tarafından sık tercih edilen, hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde evrensel bir artış gösteren doğum şekli olmuştur (Arjun 2008).

Sezaryenle doğum oranlarındaki bu artış tüm dünya ülkelerinde takip edilmekte olup, oranlar ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğuma bakış açıları nedeniyle değişiklik göstermektedir (Yılmaz vd. 2008, Çağlayan-Kıyak vd. 2010).

Dünyada her yıl yaklaşık 20 milyon sezaryen doğum gerçekleşmektedir (Betran vd. 2016). Sezaryen doğum oranlarına baktığımızda en yüksek oranların Amerika ve Avrupa ülkelerinde olduğu görülmektedir. Özellikle 1970 yıllarında en düşük düzeylerde olan sezaryen sıklığı, 2000'li yıllara gelindiğinde artışın en yüksek düzeylere ulaştığı bildirilmiştir (Thorstensson et al. 2012). ABD ve Kanada'da doğumların %20-30 oranlarında sezaryen ile gerçekleştiği ve çeşitli Latin Amerika ülkelerinde sezaryen doğumun %40 oranlarında olduğu görülmektedir (Torloni et al. 2013).

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre; sezaryen doğum oranları Türkiye'de %53, Romanya'da %46, Bulgaristan'da %40, İtalya'da %35, Almanya'da %30, İsviçre'de %29, Kanada'da %26, Belçika'da %21, Fransa'da %21, İsveç'te %17, Hollanda'da %16 ve Finlandiya'da %16 oranlarındadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016).

Betran vd. (2016)'nin "Sezaryen Oranlarında Artan Trend: Küresel, Bölgesel ve Ulusal Tahminler: 1990-2014" yılları arasındaki çalışmada en son veriler dünyadaki beş kadından yaklaşık birinin sezaryen ile doğum yaptığını göstermektedir. Bazı ülkelerde sezaryen doğum artışları son derece dikkat çekicidir. Son 24 yılda Mısır, Türkiye, Dominik Cumhuriyeti, Gürcistan ve Çin'de sezaryen oranları %30'dan fazla artış göstermiştir (Betran et al. 2016). Mısır'da kadınların

yarısından fazlasının kentsel ve kırsal alan arasında fark olmaksızın sezaryen ile doğum yaptığı görülmektedir. Diğer taraftan, birçok Avrupa ülkesinin zaman içinde sezaryen oranlarındaki artışı kontrol etmeyi başardığı, Finlandiya'nın sadece Avrupa'da değil çalışmaya katılan tüm ülkeler arasında sezaryen oranında en az artışa sahip olan ülke olması da kayda değerdir (Betran et. al 2016).

Türkiye, OECD ülkeleri arasında sezaryen oranında ilk sırada yer alan ülkedir (Aslan ve Okumuş 2017, Başkaya ve Sayiner 2018, Karahan 2018). Türkiye'de sezaryen sıklığı 2002'de %21 olup, 2014 yılında %51'e (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Aslan ve Okumuş 2017) ve 2016 yılında ise %53'e yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016).

Türkiye'de her beş yılda bir yapılan TNSA verilerine göre; sezaryenin tüm doğumlar içindeki oranının 2003 yılında %21 (TNSA 2003), 2008 yılında %37 (TNSA 2008), 2013 yılında %48 olduğu görülmektedir (TNSA 2013). Sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki oranı %54,2, primer sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı ise %26,9'dur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016). Verilerden de anlaşılacağı üzere sezaryen doğum oranlarında ciddi derecede artış olduğu görülmektedir (Başar ve Sağlam-Yeşildere 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedeflerinde sezaryen oranının %15'i geçmemesi gerektiğini tavsiye etmektedir (WHO 2006). Ülkemizde ise sezaryen doğum oranlarının bu oranın çok üstünde olduğu yapılan tüm çalışmalarda görülmektedir.

Sezaryen, cerrahi operasyon olup tıbbi endikasyonların varlığında uygulanması gereken bir girişimdir. Kesinlikle doğum seçeneği olarak düşünülmemelidir (Karabel vd. 2017). Çünkü sezaryen ile doğum yapan kadınlar doğumunu spontan vajinal doğum ile yapan kadınlara göre daha büyük riskler taşımaktadır (Başkaya ve Sayiner 2018). Diğer cerrahi girişimler gibi spontan vajinal doğuma göre, anne/bebek açısından mortalite ve morbidite oranını %4-7 kat oranında arttırabilmektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008, Şahin-Hotun 2009). Amerikan Kadın Doğumcular Birliği, sezaryenlerin kesinlikle isteğe göre değil, tıbbi endikasyonlara göre yapılmasının etik olduğunu bildirmiştir (ACOG 2006).

Sezaryenin en önemli endikasyonu; doğumun zor olması ve prezentasyon anomalileridir. Bu endikasyonları, fetüsün sağlığının riskte bulunduğu durumlar ve başarısız indüksiyon izlemektedir (Bal vd. 2013).

Anne yaşı, fetal sıkıntı, uzamış doğum eylemi, placentayla ilgili problemler (plasenta previa vb.), iri bebek, maternal enfeksiyonlar (HIV, HSV-2 vb.), anneye ait medikal durumlar (DM, HT, gebeliğe ait hipertansiyon vb.), baş pelvis uyumsuzluğu, uterus rüptürü gibi durumlar sezaryen operasyonu için belirleyicilerdir (ACOG 2013). Little vd. (2008)'nin planlı sezaryen için gerekli şartları sezaryen öyküsü, ikiz gebelik, makat geliş ve medikal endikasyonlar olarak bildirmiştir (Little vd. 2008). Ayrıca ACOG Komitesi Görüşü, planlanan sezaryenlere yönelik sınırlar koyduklarını belirterek, 39 haftalık gebelik haftasından önce bebeğin akciğer olgunluğunun gelişmesi belgelendirilmeden sezaryenin uygulanmaması gerektiğini bildirmişlerdir. ACOG 2008 yılındaki açıklamasında, 39. haftadan önce endikasyon dışı isteğe göre sezaryen yapılmaması gerektiğini de vurgulamıştır (ACOG 2013).

Sağlık Bakanlığı'na göre ise sezaryen doğum, vajinal doğumun güvenli bir şekilde tamamlanamaması durumu mevcut ise, maternal ve/veya fetal morbidite veya mortalitede riski varsa uygulanması önerilmektedir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010). Fetal endikasyonlar; fetal sıkıntı, fetal prezentasyon anomalileri, makat prezentasyon, diğer prezentasyon anomalileri, çoğul gebelikler ve fetal anomalilerdir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010). Maternal endikasyonlar; geçirilmiş uterus cerrahisi, sistemik hastalıklar ve vertikal geçişli maternal enfeksiyonlardır (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010). Travay veya doğuma ait endikasyonlar ise baş pelvis uygunsuzluğu, doğum eyleminin uzaması ve makrozomidir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010). Plasenta ve umbilikal korda ait endikasyonlar da ablasyo plasenta, plasenta previa ve kordon sarkmasıdır (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010).

Sezaryenin kontrendikasyonları ise karın duvarı enfeksiyonları, anomalili ya da canlı olmayan fetüs, sezaryen için gerekli koşulların bulunmaması gibi faktörlerdir (Çevik-Akköz ve Başer 2016).



Obstetrik bir ameliyat olan sezaryen, gerekli hallerde anne ve bebeğin yaşaması için kullanılmasına rağmen diğer cerrahi girişimler gibi anesteziye ve obstetrik işleme bağlı komplikasyonlara, postpartum dönemde ise bazı ruhsal ve fiziksel sorunlara yol açabilmektedir (ACOG 2010, Gibbons et al. 2010).

Şuanda kullanılan gelişmiş yöntemlerle uygulanan sezaryen doğumlar mortalite ve morbiditeyi azaltmış olsada beraberinde getirdiği riskler halen devam etmektedir (Caesarean Birth Task Force Report 2008).

Sezaryende görülen komplikasyonlar; anesteziden kaynaklanan riskler, kanamanın fazla olması ve kan transfüzyonu gereksinimi, iç organ yaralanmaları, emboli atma riski, fetal morbidite, fetüste yaralanma riski, neonatal respiratuar distres sendromu, endometrit, yara yeri enfeksiyonları, annede postpartum depresyon, elektif sezaryena bağlı riskler, uzun süre hastanede kalma, yavaş iyileşme, doğum sonu ağrısının fazla olması şeklinde özetlenebilir (Moodlair et al. 2007, Caesarean Birth Task Force Report 2008, Yılmaz ve Öncel 2009, Çağlayan-Kıyak vd. 2011, Maharlouei et al. 2013, Dikmen vd. 2017). Özellikle elektif sezaryene bağlı olarak kadınların sonraki gebeliklerinde görülebilecek riskler plasenta previa, plasenta akreta ve plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasenta anomalileridir (Leslie 2004).

Sezaryen ile doğumlarda genel anestezi alan kadınlarda en fazla görülen komplikasyon laringospazm ve aspirasyondur; spinal anestezi alan kadınlarda ise hipoventilasyon ve hipotansiyondur. Anne ölümlerinin %25'inden anestezi komplikasyonları sorumludur (Gül 2008).

Yamani-Zamzami vd. (2003)'nin çalışmasında atoni kanamasını en acil histerektomi endikasyonu olarak belirtmiştir. Doğum sonrası görülen kanamaların sebebi %75-90 uterus atonisidir. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir (Yamani-Zamzami vd. 2003). Erdemoğlu vd. (2006)'nin araştırmasında, histerektomi operasyonlarının %51,92'si sezaryen doğumlardan sonra yapılmış ve acil histerektomi operasyonu gerektiren durumların ilk sırasında uterin atoni kanaması %55,76 oranında bulunmuştur.

Sezaryen sonrası sepsis riski yüksektir. Spontan vajinal doğum ile kıyaslandığında riskin sezaryen doğumda %5-20 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Çağlayan-Kıyak vd. 2011). Yokoe vd. (2001)'nin çalışmasında da enfeksiyon riskinin sezaryen doğumda, spontan vajinal doğuma göre %5-20 kat daha fazla görüldüğü ve sezaryen doğum sonrası enfeksiyon riskinin ise %7-20 kat arasında değiştiğini bildirmiştir (Yokoe vd. 2001).

Hastanede kalış süresi spontan vajinal doğum ile kıyaslandığında sezaryen doğumdan 3 kat daha uzundur (Başkaya ve Sayiner 2018).

Sezaryen ile doğumun, spontan vajinal doğuma göre fiziksel ve psikolojik etkileri daha fazladır. Ameliyat olmanın neden olduğu fiziksel sıkıntılar, doğuma aktif olarak katılamama, bebeğini hemen görememe ve yeterince ilgilenmeme gibi durumlar anne için doğum deneyimini olumsuz yönde etkileyen etkenler arasında yer almaktadır (Aksoy 2007, Duman-Büyükkayacı ve Karataş 2012, Amanak ve Karaçam 2018).

Yenidoğan annesiyle ilişki kurma ve annesinin tepkilerini alabilme kapasitesiyle doğar. Bu, bebeğin biyolojik ve duygusal gelişiminin oluşumunda önemli yere sahiptir. Sezaryen doğum anne bebek birlikteliğinde gecikmeye neden olmasından ve annenin bebeğe daha az ilgi gösterebilmesinden dolayı anne bebek ilişkisi olumsuz etkilenmektedir. Postpartum süreçteki ağrı ve tedavisi, bebek ve anne ilişkisi ile emzirmede güçlüğüne neden olmaktadır (Thorstensson et al. 2012).

Sezaryen majör cerrahi bir girişim olduğundan dolayı, maternal ve neonatal için yüksek risklere sebep olarak ve sağlık harcamalarını arttırarak günümüzde tüm dünyanın ortak sorunu haline gelmiştir (Başkaya ve Sayiner 2018).

### **2.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD)**

SSVD, önceki doğumunu sezaryen yapmış kadının sonraki doğumunu spontan vajinal yolla gerçekleştirmesi olarak tanımlanır (Kaplanoğlu 2014).

Sezaryenin en sık görülen sebebi, tekrarlayan sezaryenlerdir (Gözükara ve Eroğlu 2011, Ertem ve Koçer 2008, Akçay vd. 2001). Dünyada sezaryen oranlarının

artmasının en önemli nedenleri ise primer sezaryen ve elektif sezaryenlerdir (McGrath and Ray-Barruel 2009, Güler ve Yanikkerem 2018). Gelişmiş ülkelerde %30 oranında elektif sezaryen sıklığı görülmektedir (İnce vd. 2004, Gözükara ve Eroğlu 2011). Türkiye’de ise 2010 verilerine göre %19,8’dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010).

Bu durum ilk kez 1916’da Edwin B. Cragin tarafından söylenen “bir kez sezaryen, hep sezaryen” sözünün yapılan tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesinden dolayı ortaya çıkmıştır (Guise et al. 2004).

American Kadın Doğumcular Birliği 9 Mayıs 2006’da, sezaryenler isteğe göre yapılmamalı, tıbbi endikasyon varlığında yapılmalı şeklinde bir açıklamada bulunmuşlardır. Dünyadaki verilere bakıldığında; İsveç’te %53, Amerika’da %19,9, Norveç’te %5,7 oranında gebeye sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmekte ve uygulanmaktadır (Ertem ve Koçer 2008).

Bu alanda yapılan geniş çok merkezli çalışmalarda gebenin durumu SSVD için uygunsa eğer, %60-90'larda başarı şansı olacağını göstermiştir (Kobelin 2001).

ACOG 2010 yılında "sezaryen doğumunu bir kez alt segment transvers kesi ile yapan çoğu kadın SSVD için uygundur ve spontan vajinal doğum önerilebilir" şeklinde bülten yayınlamıştır (ACOG 2010). SSVD uygulanabilmesi için maternal ve neonatal bakımdan bazı kriterler vardır. Bunlar SSVD için aday olan gebenin önceki doğumunu alt segment transvers kesili sezaryen doğumla yapmış olması, uterusu skar ya da anormallik olmaması, pelvik darlığın olmaması, fetüsün 4000 gr üstünde olmaması (Erenel-Şentürk ve Aksu-Pelit 2017, Güler ve Yanikkerem 2018), gebelerin eylem süresince izlenebileceği tam teşekküllü hastane olanaklarının bulunması (Güler ve Yanikkerem 2018), doğru ve sağlıklı bir şekilde bilgilendirilmiş kadınlardır (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010)

Uygun gebelerin bilinmesi ve SSVD'ye özendirilmesi tekrarlayan sezaryenlere göre daha az komplikasyon görülmesini ve bununla birlikte morbidite hızını da etkilemektedir (McCourt et al. 2007). SSVD'nin başarılı gerçekleşmesi için doğum merkezlerinin; fiziksel koşulları, ekip çalışması ve deneyimleri çok önemli etkenlerdir. Gebe SSVD yapmayı istemiyorsa, en doğru olanı tekrar sezaryen doğum gerçekleştirmesidir (Kömürcü ve Gençalp 2002). Ancak iki doğum seçeneğinde

risksiz olmadığı bilinmelidir. SSVD'nin en ciddi komplikasyonu uterus rüptürüdür (Landon et al. 2004). Grosetti vd. (2007) araştırmasında SSVD yapılan gebelerde induksiyon uygulanması uterus rüptürü riskini arttıracığı bildirilmiştir.

SSVD'nin dezavantajları başarısızlık riskinin %10–40 oranında olması, uterin rüptür riskinin %1-5 oranında olması, fetal hipoksi ve fetal mortalite riskinin olmasıdır (Landon et al. 2004).

SSVD'nin faydaları; kan kaybının daha az olması, iyileşmenin daha hızlı olması, abdominal bir operasyon olmaması nedeniyle doğuma bağlı yapışıklık ve enfeksiyon riskinin daha az olmasıdır (Erenel-Şentürk ve Aksu-Pelit 2017).

SSVD'nin bir çok kadın için tekrar sezaryen uygulamasına göre güvenli bir alternatif doğum şekli olduğu gösterilmiştir; fakat bu verilere rağmen SSVD ülkemizde hala kaçınılan bir girişimdir (İngeç vd 2004). Ülkemiz için SSVD yeni bir kavram olup birçok hekim ve doğum yapacak birçok kadın SSVD fikrini kabul etmemekte ve “bir kez sezaryen hep sezaryen”den vazgeçmemektedirler. Bu sebeple de Türkiye'de SSVD'nin yaygınlaşması için zaman gerekmemekte olup sağlık çalışanlarının ve doğum yapacak kadınların SSVD hakkında bilgilendirilmeleri son derece önemlidir (Gözükara ve Eroğlu 2011, Güler ve Yanikkerem 2018).

#### **2.4. Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler**

Kadınların doğuma ilişkin düşünce ve tercihleri toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Kadınların doğum tercihlerinde kendi beklentileri yer almaktadır. Bu nedenle gebelerin düşünce ve beklentilerini öncelikle belirlemek; uygun doğum şekline karar verme, olumlu doğum deneyimi yaşama ve doğum şeklinden memnuniyetini sağlamak açısından önemlidir (Aktaş ve Gökgöz 2015).

Doğum şekline, gebelik boyunca kadın yakından takip edilerek karar verilmelidir. Kadınlar tercihlerini belirlerken güçlük yaşamaktadır (Todman 2007). Karar verme süreci birçok faktörden etkilenmektedir (Todman 2007, Saymer ve Özerdoğan 2009). Ailenin sosyoekonomik düzeyi, annenin öğrenim durumu, geç anne yaşı, kentsel yaşam, özel sigortanın olması, özel hastanede doğum isteme vb. doğumun şekline karar verme sürecini etkilemektedir (Moini et al. 2007). Kadınları

doğum sürecinde etkileyen bir diğer önemli faktör de başkaları tarafından anlatılan olumsuz doğum hikâyelerinin gebe tarafından dinlenmesidir (Sayiner ve Özerdoğan 2009). Kadınların sezaryen doğum konusundaki edindikleri bilgiler ve sosyal çevresinden duydukları, sezaryene bakış açısını önemli şekilde etkilemektedir (Şahin-Hotun 2009). Aileleri, arkadaş çevreleri, medya ve sağlık personeli (Gözükara ve Eroğlu 2008), evlilikteki ilişkileri, eşlerin tutumu, geçmişteki doğum tecrübesi, planlı olmayan gebelik, negatif veya karmaşık duygular, iyileşme zamanı, kontrol hissi, uygun doğum şekli, bebeğin güvenliği, kadının planları, yeni doğanın bakımı, kadının doğum bilgisi, hekim önerileri gibi pek çok faktör etkili olmakta ve doğum şekli tercihlerinin belirlenmesinde yönlendirici olmaktadır (Osis et al. 2001).

Sağlık çalışanlarının doğuma verdiği anlam ve kadına yaklaşımı kadınların doğum algılarını etkilemektedir (Doğaner vd. 2013). Kadınlara gebelik sürecinde, özellikle son trimesterde eğitimler verilmeli bu şekilde kadının kendisi için en uygun olan doğum yöntemini seçmesine yardımcı olunmalıdır (Todman 2007). Normal, sorunsuz ilerleyen gebelerde spontan vajinal doğum, postpartum dönemde iyileşmenin daha çabuk olması, bebekle iletişimin hemen başlaması ve kendi kültürlerine göre tercih edilmektedir. Ülkemizde spontan vajinal doğum dini yönden de önerilmektedir. Sezaryen ile fazla sayıda doğum yapılamayacağı düşüncesi ile kadın ailesi tarafından spontan vajinal doğumun sakıncalı olduğu durumlarda bile spontan vajinal doğum için teşvik edilmektedir (Gözükara ve Eroğlu 2011).

Ancak obstetri alanındaki gelişmeler yani üremeye yardımcı tekniklerin kullanılması, fetal elektronik monitorizasyon, cerrahi teknik ve anestezi yöntemlerinin kullanılmasının artması, malpraktis endişesi, hekim ve/veya gebenin elektif sezaryen tercihinin olması (Karahana 2018), kadının doğum korkusunun (tokofobi) olması, bebeğinin sağlığı ile ilgili endişe duyması, gebelik yaşının yüksek olması, hekimin ve/veya gebenin doğum zamanını belirlemek istemesi, anne/bebek açısından doğumun daha kontrollü ve daha az riskli olacağı düşüncesi sezaryen oranlarını artıran önemli faktörler olmakla beraber (Park et al. 2005, Gözükara ve Eroğlu 2008, Danso et al. 2009) ebelik hizmetleri yeteri kadar verilmeyen ülkelerde sezaryen oranlarının yüksek olması dikkat çekicidir (Karahana 2018). Fakat unutulmamalıdır ki sezaryen spontan vajinal doğuma göre daha güvenli gibi görülsede cerrahi bir girişim olması nedeni ile komplikasyon gelişebilecek travmatik

bir deneyimdir (Aksoy 2007). Ayrıca sezaryenle doğumlar da, spontan vajinal doğuma göre medikal harcamalar daha fazla, emzirmenin başlamasında ve anne-bebek ilişkisinde gecikme ve daha sonraki doğumlarda görülecek riskleri arttırma gibi dezavantajları vardır (Gözükara ve Eroğlu 2008).

Kadınlar genellikle normal ve doğal doğum gerçekleştirmek istemektedirler. Literatürdeki bir çalışmada kadınların spontan vajinal doğumu tercih etmeleri %90 oranında çıkmıştır (Kudish et al. 2010). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %57,4-%87 arasında değişmektedir (Canbal vd. 2014, Çakmak vd. 2014, Yıldız vd. 2014). Spontan vajinal doğumun anne için güvenli olması ve daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi en önemli tercih nedenidir (Karabulutlu 2012). Gaziantep'te kadınların sezaryen doğum hakkındaki düşüncelerinin incelendiği çalışmada %46,7'sinin ameliyat sürecinin ağırlı ve korku verici olması nedeniyle spontan vajinal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Yine Gaziantep'te kadınların spontan vajinal doğum hakkındaki düşünceleri incelendiği çalışmada %60,4'ünün spontan vajinal doğumun korkutucu ve ağrısı çok olması sebebiyle sezaryeni seçtikleri tespit edilmiştir (Özkar 2011).

Akyol vd. (2011)'nin doğum şekillerinin sorgulandığı araştırmasında, sağlık personelinin sezaryen doğum yapma oranı %61, spontan vajinal doğum yapma oranı %39 olarak bulunmuştur. Sağlık personeli olmayanlarda ise sezaryen oranı %39 ve spontan vajinal doğum oranının %61 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada isteğe bağlı sezaryen oranı sağlık personeli olmayanlarda %14,4 bulunurken, sağlık personelinde %37,7 değerinde bulunmuştur (Akyol vd. 2011). Son dönemlerde isteğe bağlı sezaryen oranlarında ciddi bir artış gözlenmektedir. Herhangi bir tıbbi endikasyon yokken anne ve baba adaylarının tercihleri sonucundan 38. haftanın herhangi bir gününde elektif sezaryen yapılmaktadır. Günümüzde primer elektif sezaryen uygulama oranları da her geçen gün artış göstermektedir (Aslan 2016).

Sezaryen, özellikle sağlık çalışanları açısından da çok tercih edilen bir doğum yöntemi olmuştur (Akyol vd. 2011). McFarlin (2004)'nin makalesinde, Crawford'ın yaptığı çalışmada İngiltere ve Galler'de 243 doğum uzmanına yapılan ankette (155'i yanıt vermiştir), doğum uzmanlarının %69'unun dava korkusu ve hasta baskısı nedeni ile sadece annenin istemesi durumunda elektif sezaryen yapabileceği sonucu

ortaya çıkmıştır. Yine aynı makalede her yıl ABD'de 2,5 doğum uzmanına bir dava düştüğü belirtilmiştir. Hekimlere açılan davalar kadar olmasa da ebeler ve hemşireler de dava edilmektedir (McFarlin 2004).

Tokofobi, kadınların doğum şekline karar verme durumlarını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda doğum korkusunun gebelerin sezaryen doğum tercih etmelerine sebep olduğu belirlenmiştir (Bülbül vd. 2016). Literatürde bir araştırmada, altı kadından birinin doğumdan korktuğu için hamile kalmak istemediğini ve isteyerek düşük yaptığını göstermektedir (Galotti et al. 2000). Tokofobinin nedenleri farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre doğum korkusunun; doğumun nasıl olacağını bilmeme, kadının kendisinin doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünmesi, doğumda ağrı ve panik yaşama, doğum personeline güvenmeme, doğum sırasında epizyotomi açılması, yırtılma, bebeğin ve kendinin zarar göreceğini düşünme, ölüm korkusu yaşama ve bebeğin ölü/malformasyonlu olması gibi nedenlerden dolayı kaynaklandığı belirlenmiştir (Şahin vd. 2009).

Yapılan bir araştırma sonucuna göre özellikle primipar gebelerin sezaryenle ile doğumu seçme sebepleri arasında en çok doğum ağrısından korktukları belirtilmektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Sayın vd. (2004)'nin sağlık çalışanları üzerindeki araştırmasında, doğum ağrısı çekmekten, bebekte risk gelişmesinden ve daha sonra gelişebilecek pelvis destek sistemindeki sorunlardan korkma, sosyal nedenlerden ve hekim önerisiyle kendi doğumlarında sezaryeni tercih ettikleri belirlenmiştir (Yaşar vd. 2007). Başka bir çalışmada, sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı olmayanlarda sonraki doğum tercihlerinde sorgulandığında, sağlık çalışanlarında %56 oranında sezaryen ile diğer grupta %40 oranında sezaryen ile doğum tercih edecekleri saptanmıştır (Akyol vd. 2011).

Spontan vajinal doğumda, travayda ağrı fazla olmasına rağmen; sezaryende ise doğum sonrası ağrı daha fazladır (Duran-Taşcı ve Atan-Ünsal 2011).

Sezaryenin rahatlıkla endikasyonu konulabilen bir işlem haline gelmesinde; tıbbi tekniklerin gelişmesi, antibiyotiklerin bulunması, kan takviye yöntemlerinin ve anestezi seçeneklerinin gelişmesiyle sezaryen ile spontan vajinal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkının azalmasıdır (Konakçı-Kayser ve Kılıç 2004).

Ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygınlaşması, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalma, ileri gebelik yaşı, paritenin azalması, gebe istemi, komplikasyonlarda ve malpraktiste adli vakaların artması gibi etkenler de sezaryen oranlarını arttırmaktadır (Park et al. 2005, Sıkar vd. 2013).

Sezaryen oranlarındaki artış genellikle tüm ülkelerde izlenmekte olup, bu oranlar ülkelerdeki sağlık politikaları ve doğuma bakış açılarındaki çeşitlilik ile farklılık göstermektedir (Karabulutlu 2012). Yakın zamana kadar sezaryen doğum yapmanın getirdiği maliyet çok daha fazla iken, günümüzde bu fark eşitlenmiş durumdadır. Sağlık güvencesi olmayan bireyler bundan dolayı daha çok, spontan vajinal doğum yapmayı tercih etmekteydiler; fakat şuan hastanelerde, spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum ücretlendirilmesi arasında fark yoktur. Sezaryen oranlarındaki artış bu nedenle de olabilmektedir (Vatansever ve Okumuş 2013).

Çalışmalarda, hekimlerin sezaryenle doğumun zor gerçekleşecek spontan vajinal doğuma göre riskinin daha düşük olacağına inanmaları spontan vajinal doğumu seçmemelerine sebep olarak gösterilmektedir (Park et al. 2005). Öte yandan sezaryen ile doğumdaki artışın nedenleri arasında hekimlerin bu konudaki tutumlarının da etkisi olduğu düşünülmektedir. Spontan vajinal doğumda travay süresinin sezaryen ile doğuma göre daha uzun olması, beklenmedik zamanda başlaması nedeni ile hekimin yapacağı planı engellemesi, ekonomik yönden spontan vajinal doğuma göre daha tatmin edici olması hekimlerin sezaryen endikasyonlarını daha geniş tutmalarına neden olabilir. Sezaryenin, spontan vajinal doğuma göre olan ekonomik avantajlarını gidermek için son zamanlarda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yeni düzenlemeler getirilmiştir (Sıkar vd. 2013).

Sağlık Bakanlığı Türkiye'de ki sezaryen sıklığının düşürülmesinde son yıllarda önemli girişimlerde bulunmaktadır. Sertifika programlarıyla ve sağlık politikalarının değiştirilmesiyle spontan vajinal doğuma teşvik etme girişimleri başlatılmıştır. Bu girişimlerden birisi, sezaryen oranlarının düşürülmesi ve kriterlerinin arasına sokulmasıdır. Sertifika programları oluşturmakta ve sağlık politikalarıyla spontan vajinal doğuma dikkat çekilmektedir. Bu çalışmalar, sezaryen doğum oranlarını performans kriterleri arasına sokmaktır. Sezaryen doğum oranlarını en aza indirmek ve spontan vajinal doğumları arttırmak için belirlenen kriterlere göre, hastanede



uygulanan sezaryen operasyonları, hastanenin performansında etkileyecektir (Gözükara ve Eroğlu 2011, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2010). Yeni yaptırıma göre; spontan vajinal doğum yaptıran hekimin puanı 180, sezaryen doğum yaptıran hekimin puanı 157 olmuştur. Bu doğrultuda normal vajinal doğum yaptıran hekimlerin ücretleri %50 oranında artacaktır böylelikle hekimlerin kolay ve ücretleri fazla olduğu için tercih ettiği sezaryenin sadece tıbbi endikasyon bulunduğu durumlarda uygulanması hedeflenmiştir. Hastanelerde doğum için ödenen ücretlerde spontan vajinal doğuma özendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2010, Gözükara ve Eroğlu 2011).

Sezaryen oranlarının azalıp, spontan vajinal doğum oranlarının artması ve neonatal/maternal sonuçların iyileşmesi ile ilgili çalışmaların nitelikli ebelik hizmetleriyle ilişkili olduğunu görülmektedir (Karahana 2018). Bu yüzden ebelere büyük roller ve sorumluluklar düşmektedir.

## **2.5. Doğum Şekline Karar Verme Sürecinde Ebenin Rolü**

Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artışı düşürmenin bir yolu gebelerin ebelik bakımından mümkün olduğunca fazla yararlanmasıyla mümkündür (Arslan vd. 2008).

Ebeler perinatal dönemde anne adayını ve ailesine doğum ile ilgili eğitimler vererek doğum şekline karar vermesinde danışmanlık yapabilir. Bu danışmanlıkla ebeler, anne adayına ve ailesine doğum şekline karar vermelerinde, doğuma daha bilgili ve bilinçli bir şekilde katılmalarına ve bu süreçlere kolay uyum sağlamalarında ve spontan vajinal doğumların artmasında kilit noktada rol oynamaktadır (Gözükara ve Eroğlu 2008, Büyükbayrak vd. 2010, Fenwick vd. 2015). Kadının doğum yöntemine karar verme sürecinde bilinçli olması doğum sonrası dönemde de memnuniyetini etkilemektedir (Yanikkerem vd. 2013).

Randomize kontrollü çalışmalarda anne adayını gebeliği boyunca nitelikli ebelik bakımı aldığı anda, maternal ve neonatal sonuçların iyileşmesi, epizyotomi oranında azalma, müdahaleli doğumlarda azalma, travayda induksiyon, analjezi ve anesteziye daha az başvurma, spontan vajinal doğum oranlarında artma, non-farmakolojik

yöntemleri daha fazla kullanma, ağrı kontrolünde artma, anne-bebek etkileşiminde artma, emzirmenin erken başlaması, doğum memnuniyetinin artması, postpartum dönemde hastanede kalma süresinde azalma, sezaryen sıklığında azalma ayrıca acil sezaryen gereksiniminde azalma ve bakımın maliyetinde azalma olduğu kanıtlanmıştır (Arslan vd. 2008, Hatem et al. 2008, Karahan 2018).

Dokuz araştırmanın meta-analizinin yapıldığı bir çalışmada; spontan vajinal doğum isteyen gebelerin, ebeler tarafından nitelikli doğum öncesi danışmalık aldıkları saptanmıştır (Yağmur ve Çubuk 2017).

Cochrane derlemesine göre, ebe tarafından yönetilen bakım modellerini alan gebeler de, daha az fetal kayıp, daha az analjezi kullanımı, daha düşük sezaryen olasılığı, daha düşük epizyotomi olasılığı görülmekte; kendiliğinden spontan doğum yapma, emzirmeyi başlatma ve kontrolde hissetme olasılığı daha yüksektir. Ebelik bakımının doğumu normalleştirmeye ek olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliğine katkısı önemlidir (Sandall et al. 2010, Renfrew et al. 2014). Ebe yönetimli gebelik ve doğum hizmetlerinin maternal ve neonatal etkileri ile ilgili, Sandall vd. (2016)'nin çalışmasında, Kanada, Avustralya, İrlanda, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık'ta toplam 15 çalışma (n=17,674) incelenerek yapılan meta-analiz sonuçları; kadınların ebelik bakımından daha çok memnun kaldıkları, epizyotomi, müdahaleli doğum ve bölgesel anestezinin daha az olduğu, spontan vaginal doğumda artma gibi olumlu etkilerin yanı sıra, 37 haftadan önce doğum oranlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Sandal et al. 2016).

Konstantina vd. (2014)'nin çalışmasında, ebelerin SSVD'ye katkıları araştırılmıştır. Risk taşımayan, tekil gebeliğı olan, daha önceden sezaryen doğum yapmış, doğum öncesi ve doğum sırasında ebe tarafından desteklenen 66 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %79'unun (n=52) başarılı bir şekilde SSVD yaptığı görülmüştür.

Ebe ve hekim tarafından verilen bakım ve yönetilen doğumların sonuçlarını karşılaştıran 16242 kadını kapsayan 13 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre kadınların ebe yönetiminde verilen sağlık hizmetleri ve bakımdan daha çok memnun kaldıkları bildirilmiştir. Çalışma sonucuna göre; bölgesel anestezi,

epizyotomi ve müdahaleli doğumların azaldığı, spontan vajinal doğumların ise arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında; kadınların, tıbbi ve obstetrik gereksinimleri değerlendirilerek doğumların ebe yönetiminde gerçekleştirilmesi önerilebilir (Başgöl ve Kızılkaya-Beji 2015).

White vd. (2016)'nin araştırmasında önceki doğumu sezaryen olan kadınlara ebe liderliğinde doğum öncesi bakım modeli uygulanması, hekim liderliğinde doğum öncesi bakım modeli uygulanmasına göre daha güvenilir ve daha etkili bulunduğu, sezaryen sonrası vajinal doğuma eğilimi de arttırdığı saptanmıştır.

McLachlan vd. (2012)'nin çalışmasında, vaka odaklı ebe ekibinden hizmet alan gebelerle; aile hekimleri tarafından izlem yapılan, hastaneye başvurduğunda ise çizelgede sırası gelen ebe veya hekimden hizmet alan gebeler karşılatılmıştır. Vaka odaklı hizmet veren ebelerden bakım alan gebelerin sezaryen oranları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca spontan vajinal doğum oranlarında artma, epidural anestezi ve analjezi isteme oranlarında azalma, epizyotomi uygulamasında azalma, yenidoğanda yoğun bakım ihtiyacında azalma, müdahaleli doğum oranlarında azalma ve hastanede kalış süresinde azalma olduğu saptanmıştır.

Gebelik haftası 26-40 hafta arasında olan 31 primipar kadınla yapılan çalışmada ebeler tarafından prenatal bakım alan gebelerin, kadın doğum uzmanlarından bakım alan gebelere göre doğum sırasında kontrollerinin daha yüksek olduğu ve doğumlarından memnuniyetlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Yılmaz-Alp ve Başer 2017).

Çalışmalardan da anlaşıldığı gibi doğum öncesinde ebelik bakımı alan kadınların spontan vajinal doğuma eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmektedir (Başkaya ve Saymer 2018). Gelişmiş bir ülke olan Hollanda'da sezaryen oranlarının az olması dikkat çekicidir. Çünkü gelişmiş ülkelerde optimum düzeyde ebelik bakımı verilmektedir (Güngör vd. 2004, Arslan vd. 2008, Özkaya 2009). Ayrıca sezaryen oranlarının düşük olduğu Kanada ve Çekoslovakya'da da ebeler tarafından prekonsepsiyonel dönemden, postpartum döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, danışmalık ve eğitim uygulandığı görülmektedir (Arslan vd. 2008)

Sağlık profesyonellerinin ve özellikle doğum öncesi bakımdan sorumlu ebelerin, gebeliği süresince anne adayına ve ailesine doğum süreci ve doğum Şekilleri hakkında eğitim ve danışmanlık vermeleri spontan vajinal doğumlara eğilimin artması hususunda çok önemli yer tutmaktadır (Karabulutlu 2012).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Çalışma, kesitsel tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi**

Bu araştırma Kastamonu il merkezinde bulunan kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında yapıldı. Çalışmada Kastamonu il merkezinde çalışan tüm kadın hekim, kadın hemşire ve ebelere ulaşılması hedeflendiği için toplam 18 kurumdan veri toplandı.

Bu sağlık kuruluşları; Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü, Kastamonu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Kastamonu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Kastamonu Dr Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi ve Ek Binası, Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, Kastamonu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Kastamonu merkezde bulunan 8 aile sağlığı merkezi, Özel Anadolu Hastanesi, Özel İsfendiyar Anadolu Hastanesi, Özel Anadolu Diyaliz Merkezi'nde ilgili kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra Mayıs - Ekim 2015 tarihleri arasında veri toplama süreci gerçekleştirildi.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Bu araştırma Kastamonu il merkezindeki 18 sağlık kuruluşunda çalışan 84 kadın hekim, 340 kadın hemşire ve 126 ebe ile toplam 550 sağlık çalışanı evreni oluşturdu (kurumların personel kayıt bilgileri 2015).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

1. Kadın olmak
2. Sağlık çalışanı olmak (hekim, hemşire ve ebe)
3. Kastamonu il merkezindeki kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışmak
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmada örneklem seçimi yapılmadı, evren içerisinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadın hekim, kadın hemşire ve ebeler örnekleme dahil edildi. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde sağlık çalışanlarının çalışmaya katılmaya gönüllü olmama, ücretli/ücretsiz izinli, raporlu, gebelik ve doğum izinli, yıllık izinli olma durumlarına göre çalışmaya toplam 339 sağlık çalışanı (kadın hekim, kadın hemşire, ebe) katıldı. Katılımcılardan beş kişinin anketlerinde önemli oranda eksik veri olduğu için anketleri iptal edildi. Toplam 334 katılımcı ile çalışma tamamlandı. Çalışmaya katılım oranı %61'dir.

### **3.4. Bağımlı, Bağımsız Değişkenler**

Bağımlı değişkenler doğum yapma durumu, meslek, son doğum şekilleri; bağımsız değişkenler ise tanıtıcı özellikler, doğum ile ilgili düşünceler ve doğum şekli tercihinin ilişkili görüşlerdir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada "Bilgi Formu" ve "Doğum Şekilleri Tercihi ve Normal Doğuma Bakış Anketi" (Ek.1) kullanılmıştır.

Bilgi formu: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili 11 sorudan oluşmaktadır. Yaş, eğitim düzeyi, meslek, çalıştığı yer, çalıştığı süre, sosyal güvence, ailenin aylık geliri, medeni durum, ilk evlenme yaşı, eş yaşı ve eş mesleğidir (Gözükara 2006, Karakuş 2006, Duman 2006, Aksoy 2007, Özkar 2011) (Ek.1).

Doğum Şekilleri Tercihi ve Normal Doğuma Bakış Anketi: Literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Anket formu toplam 5 bölümden oluşmaktadır. Bunlar 1. bölüm gebelik ve doğum ile ilgili bilgilerden oluşan 9 sorudan, 2. bölüm spontan vajinal doğum yapanlar için hazırlanan 18 sorudan, 3. bölüm sezaryen doğum yapanlar için hazırlanan 14 sorudan, 4. bölüm hiç doğum yapmayanlar için hazırlanan 4 sorudan ve 5. bölüm herkes için genel sorular için hazırlanan 16 soru olmak üzere toplam 61 sorudan oluşturuldu (Gözükara 2006, Karakuş 2006, Duman 2006, Aksoy 2007, Özkar 2011) (Ek.1).

Anket formunun amaca uygunluğunu belirlemek için Kastamonu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapan 10 sağlık çalışanına (2 hekim, 3 hemşire, 5 ebe) gerekli izinler alındıktan sonra anket formu uygulandı. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan sorularda gerekli değişiklikler yapıldı. Ön uygulamada yapılan anketler çalışmaya dahil edilmedi.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırma Kastamonu il merkezinde bulunan tüm sağlık kuruluşlarında gerekli izinler alınarak Mayıs - Ekim 2015 tarihleri arasında tüm kadın hekim, kadın hemşire ve ebelere veri toplama formları uygulandı. Uygulama öncesi katılımcıların bilgilendirilmiş onamları (Ek.9) alındıktan sonra anket formları çalışma düzenini etkilememek için kendileri tarafından doldurulmak üzere çalışanlara bırakıldı. Daha sonra araştırmacı tarafından kararlaştırılan tarihte doldurulan anketler toplandı.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Yöntemler**

Bu çalışmada verilerin değerlendirilmesi bir istatistik uzmanından danışmanlık hizmeti alınarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile tanımlayıcı analiz dağılımları gösterilmiştir. Nominal değişkenlerin gruplar arasındaki ilişkileri incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. (Gözelerdeki beklenen değerlerin %20 si beşten küçük olduğu için Monte Carlo Simülasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır. Ki kare değeri yoktur(\*). p değerine göre yorum yapılır) (Gamgam ve Altunkaynak 2013, Kalaycı 2018).

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup;  $p < 0,05$  olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu,  $p > 0,05$  olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmada veriler toplanmadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.03.2015 tarih ve B.30.2.ODM.0.20.08/1598 sayılı ile etik kurul izni (Ek.2), Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğü kurumundan 23.06.2015 tarih ve 11117241/730.08.03/2108 sayılı (Ek.3), Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü kurumundan 30.04.2015 tarih ve 55781553/730.08.03/1456 sayılı (Ek.4), Kastamonu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği kurumundan 07.05.2015 tarih ve 91379769/044/4392 sayılı (Ek.5), Özel Anadolu Hastanesi kurumundan 20.05.2015 tarihli (Ek.6), İsfendiyar Anadolu Hastanesi kurumunda 18.05.2015 tarihli (Ek.7), Özel Anadolu Diyaliz Merkezi kurumundan 22.05.2015 tarihli (Ek.8) kurum izinleri alındı.

Katılımcılara araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek.9).

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar**

Kastamonu il merkezinde çalışan, kadın sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe) ile sınırlıdır, tüm sağlık çalışanları için genellenemez.

Anketlerdeki; Bilgi Formundan 6, 7, 9, 10,11,12. sorular, Doğum Şekilleri Tercihi ve Normal Doğuma Bakış Anketinde 1. Bölümden 2, 5, 6, 7.sorular, 2. Bölümden 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13. sorular, 3. Bölümden 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 5. Bölümden 10, 14, 15. sorular nitelikli veri elde edilemediği için tablolastırılmamış ve tartışılmamıştır.

Araştırmaya, sağlık çalışanlarının çoğunluğu olumlu yaklaşarak katılmıştır. Ancak hastane personellerinin bir kısmının iş yükü fazlalığı, araştırmaya yetersiz ilgi ve desteğine yönelik tutumları nedeniyle çalışmaya yeterli vakit ayıramamaları veya katılmak istememeleri durumlarıyla karşılaşmıştır.

Hastanelerde çalışan hemşirelerin ve ebelerin nöbet usulü çalışma sistemlerinden dolayı kendilerine ulaşma zorluğu yaşanmıştır. Bırakılan bir takım anketler serviste kaybolmuştur ve bulunamamıştır. Kadın hekimlere ulaşma güçlüğü nedeniyle hekimlerden daha düşük oranda katılım elde edilmiştir.



## **4.BULGULAR**

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının (kadın hekim, kadın hemşire, ebe) doğum şekillerini ve spontan vajinal doğuma bakış açılarını belirlemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak planlanıp, uygulanmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler 7 ana başlık altında sunuldu. Bu ana başlıklarda;

**4.1.** Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**4.2.** Çalışma Grubunun Gebeliklerine ve Doğumlarına İlişkin Bilgilerine Ait Bulgular

**4.3.** Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

**4.4.** Son Doğum Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

**4.5.** Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

**4.6.** Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihini ile İlgili Görüşlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**4.7.** Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

#### 4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin yaş, eğitim, çalışma süresi, çalışma yeri ve medeni durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Çalışma Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=334)

	Yaş Ortalaması		
	n	Mean	Ss
Hekim	32	36,7	7,2
Ebe	82	38,2	7,3
Hemşire	220	32,1	8,7
Toplam	334	34,1	8,6

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eğitim</b>								
Lise	0	0,0	8	9,8	64	29,1	72	21,6
Önlisans	0	0,0	31	37,8	75	34,1	106	31,7
Lisans	0	0,0	39	47,6	71	32,3	110	32,9
Yüksek lisans veya Doktora	32	100,0	4	4,8	10	4,5	46	13,8
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0
<b>Çalışma Süresi</b>								
1 ay-10 yıl arası	16	50,0	28	34,2	128	58,2	172	51,5
11-20 yıl arası	13	40,6	15	18,3	65	29,5	93	27,8
21-30 yıl arası	2	6,3	37	45,1	23	10,5	62	18,6
31-40 yıl arası	1	3,1	2	2,4	4	1,8	7	2,1
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0
<b>Çalışma Yeri</b>								
Hastaneler (devlet hastanesi, özel hastane)	20	62,5	43	52,4	184	83,6	247	74,0
Hastane dışı (sağlık evi, asm, tsm, müdürlükler)	12	37,5	39	47,6	36	16,4	87	26,0
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	27	84,4	71	86,6	153	69,6	251	75,1
Bekar	5	15,6	11	13,4	67	30,4	83	24,9
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0

Tablo 1'de çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular görülmektedir. Araştırmaya katılan 334 kişi arasında, 32 kadın hekimin yaş aralığı 25-64 arasında olup yaş ortalaması  $36,7 \pm 7,2$ ; 82 ebe'nin yaş aralığı 24-50 yaş arasında olup yaş ortalaması  $38,2 \pm 7,3$  ve 220 kadın hemşirenin yaş aralığı 17-56 yaş arasında olup yaş ortalaması  $32,1 \pm 8,7$ 'dir. Çalışma grubunun yaş ortalaması ise  $34,1 \pm 8,6$  olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin tamamı (n=32) yüksek lisans veya doktora mezunu olup, %50'si (n=16) 1 ay-10 yıl arası çalışmakta, %62,5'i (n=20) hastanelerde (devlet hastanesi, özel hastane) görev yapmakta ve %84,4'ü (n=27) evlidir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan ebelerin %47,6'sı (n=39) lisans mezunu olup, %45,1'i (n=37) 21-30 yıl arası çalışmakta, %52,4'ü (n=43) hastanelerde (devlet hastanesi, özel hastane) görev yapmakta ve %86,6'sı (n=71) evlidir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan kadın hemşirelerin %34,1'i (n=75) önlisans mezunu olup, %58,2'si (n=128) 1 ay-10 yıl arası çalışmakta, %83,6'sı (n=184) hastanelerde (devlet hastanesi, özel hastane) görev yapmakta ve %69,6'sı (n=153) evlidir (Tablo 1).

#### 4.2. Çalışma Grubunun Gebeliklerine ve Doğumlarına İlişkin Bilgilerine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin gebelik ve doğumlarına ilişkin bilgilerine ait bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 2.** Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğumlarına Ait Bilgilerin Dağılımı

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gebelik Sayısı</b>								
Gebelik yok	10	31,2	12	14,6	72	32,7	94	28,1
1	12	37,5	19	23,2	46	20,9	77	23,1
2	6	18,8	30	36,6	72	32,7	108	32,3
3 ve üzeri	4	12,5	21	25,6	30	13,7	55	16,5
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0
<b>Çocuk Sayısı</b>								
Çocuk yok	10	31,3	17	20,7	78	35,5	105	31,5
1	13	40,6	21	25,6	53	24,1	87	26,0
2	9	28,1	39	47,6	79	35,9	127	38,0
3 ve üzeri	0	0,0	5	6,1	10	4,5	15	4,5
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0
<b>Önceki doğumlardaki doğum şekilleri nedir?</b>								
Sadece spontan vajinal doğum	2	9,1	27	41,5	58	40,8	87	38,0
Spontan vajinal doğum+Sezaryen	0	0,0	6	9,3	9	6,4	15	6,5
Sadece Sezaryen	20	90,9	32	49,2	75	52,8	127	55,5
Toplam	22	100,0	65	100,0	142	100,0	229	100,0

**Tablo 2.** Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğumlarına Ait Bilgilerin Dağılımı (devam)

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>İnfertilite tedavisi gördünüz mü?</b>								
Evet	1	3,8	8	10,8	14	8,8	23	8,9
Hayır	25	96,2	66	89,2	145	91,2	236	91,1
Toplam	26	100,0	74	100,0	159	100,0	259	100,0
<b>Son doğumunuz nasıl gerçekleşti?</b>								
Spontan vajinal doğum	2	9,1	27	41,5	58	40,8	87	38,0
Sezaryen	20	90,9	38	58,5	84	59,2	142	62,0
Toplam	22	100,0	65	100,0	142	100,0	229	100,0

Tablo 2'de 334 sağlık çalışanının (kadın hekim, ebe, kadın hemşire) gebelik sayıları incelendiğinde; kadın hekimlerin %37,5'inin (n=12) bir, ebelerin %36,6'sının (n=30) iki, kadın hemşirelerin %32,7'sinin (n=72) iki gebelik yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Çocuk sayılarına baktığımızda; kadın hekimlerin %40,6'sının (n=13) bir, ebelerin %47,6'sının (n=39) iki ve kadın hemşirelerin %35,9'unun (n=79) iki çocukları olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Doğum yapmış 229 sağlık çalışanının önceki doğum şekilleri incelendiğinde; kadın hekimlerin %90,9'unun (n=20), ebelerin %49,2'sinin (n=32), kadın hemşirelerin %52,8'inin (n=75) sadece sezaryen doğum yaptıkları görülmektedir (Tablo 2).

Sağlık çalışanlarının infertilite tedavisi görme durumlarına (n=259) baktığımızda; kadın hekimlerin %96,2'si (n=25), ebelerin %89,2'si (n=66) ve kadın hemşirelerin %91,2'si (n=145) infertilite tedavisi görmedikleri belirtilmiştir (Tablo 2).

Doğum yapmış 229 sağlık çalışanının son doğum şekillerine baktığımızda; kadın hekimlerin %90,9'unun (n=20), ebelerin %58,5'inin (n=38) ve hemşirelerin %59,2'sinin (n=84) sezaryenle doğum yaptıkları görülmektedir (Tablo 2).

### 4.3. Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin spontan vajinal doğum ile ilgili düşünceleri yer almaktadır.

**Tablo 3.** Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=87)

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gebeliğiniz süresince yapılan kontroller sırasında size spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum hakkında bilgi verildi mi?</b>								
Evet	2	100,0	19	70,4	44	75,9	65	74,7
Hayır	0	0,0	8	29,6	14	24,1	22	25,3
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0
<b>Neden spontan vajinal doğumu tercih ettiniz?</b>								
Kendi isteğimle	2	100,0	25	92,6	51	87,9	78	89,7
Doktor önerisi	0	0,0	2	7,4	4	6,9	6	6,9
Diğer*	0	0,0	0	0,0	3	5,2	3	3,6
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0
<b>Doğumunuz sırasında olumsuz deneyim yaşadınız mı?</b>								
Evet	1	50,0	7	25,9	12	20,7	20	23,0
Hayır	1	50,0	20	74,1	46	79,3	67	77,0
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0
<b>Tekrar gebe kalmak isterseniz tercih edeceğiniz doğum şekli nedir?</b>								
Spontan vajinal doğum	2	100,0	21	77,8	36	62,1	59	67,8
Sezaryen	0	0,0	1	3,7	8	13,8	9	10,4
Düşünmüyorum	0	0,0	5	18,5	14	24,1	19	21,8
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0
<b>Doğum sırasında epidural anestezi uygulandı mı?</b>								
Evet	0	0,0	3	11,1	2	3,5	5	5,7
Hayır	2	100,0	24	88,9	56	96,5	82	94,3
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0

**Tablo 3.** Son Doğumu Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=87) (devam)

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Spontan vajinal doğumu seçmenizde epidural anestezi etkili oldu mu veya yapılsa etkili olur muydu?</b>								
Evet	0	0,0	6	22,2	4	6,9	10	11,5
Hayır	2	100,0	21	77,8	54	93,1	77	88,5
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0
<b>Doğum sonrası herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştınız mı?</b>								
Evet	0	0,0	5	18,5	6	10,3	11	12,6
Hayır	2	100,0	22	81,5	52	89,7	76	87,4
Toplam	2	100,0	27	100,0	58	100,0	87	100,0

\* Doğum başladığı için, erken doğum sebebiyle

Tablo 3'te son doğumunu spontan vajinal doğum olarak gerçekleştiren 87 sağlık çalışanın (kadın hekim, ebe, kadın hemşire) spontan vajinal doğum ile ilgili bakış açıları incelenmiştir.

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin gebelikleri süresince yapılan kontrollerinde, spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum hakkında bilgi alma durumlarına bakıldığında; kadın hekimlerin tamamına (n=2), ebelerin %70,4'ne (n=19) ve kadın hemşirelerin %75,9'una (n=44) doğumlar hakkında bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 3).

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; kadın hekimlerin tamamının (n=2), ebelerin %92,6'sının (n=25) ve kadın hemşirelerin %87,9'unun (n=51) kendi istekleriyle spontan vajinal doğumu tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 3).

Son doğumunu spontan vajinal doğum yapan sağlık çalışanlarının "doğumunuz sırasında olumsuz deneyim yaşadınız mı" soruna verdikleri cevaplara baktığımızda; son doğum şekli spontan vajinal doğum olan iki kadın hekimden birinin olumsuz

deneyim yaşadığı, ebelerin %74,1'inin (n=20) ve kadın hemşirelerin de %79,3'ünün (n=46) olumsuz deneyim yaşamadıkları görülmektedir (Tablo 3).

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak isterlerse tercih edecekleri doğum şekline bakıldığında; kadın hekimlerin tamamı (n=2), ebelerin %77,8'i (n=21) ve kadın hemşirelerin %62,1'i (n=36) spontan vajinal doğumu tercih etmiştir (Tablo 3).

Son doğumunu spontan vajinal doğum yapan sağlık çalışanlarının "doğum sırasında epidural anestezi uygulandı mı" sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; kadın hekimlerin tamamı (n=2), ebelerin %88,9'u (n=24) ve kadın hemşirelerin %96,5'i (n=56) epidural anestezi uygulanmadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Son doğumlarını spontan vajinal doğum yapan sağlık çalışanlarının "spontan vajinal doğum seçimlerinde epidural anestezinin etkisi oldu mu veya yapılsa etkisi olur muydu" sorusuna baktığımızda; kadın hekimlerin tamamı (n=2), ebelerin %77,8'i (n=21) ve kadın hemşirelerin %93,1'i (n=54) epidural anestezinin spontan vajinal doğum seçimlerinde etkili olmadığını bildirilmiştir (Tablo 3).

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğumdan sonra sağlık sorunu yaşama durumları incelendiğinde; kadın hekimlerin tamamı (n=2), ebelerin %81,5'i (n=22) ve kadın hemşirelerin %89,7'si (n=52) doğum sonrasında herhangi bir sağlık sorunu yaşamadıklarını belirtmiştir (Tablo 3).

#### 4.4. Son Doğum Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde son doğum şekli sezaryen doğum olan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin sezaryen doğuma ilişkin düşünceleri yer almaktadır.

**Tablo 4.** Son Doğumu Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=142)

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Neden sezaryen tercih ettiniz?</b>								
Tıbbi endikasyon	15	75,0	25	65,8	42	50,0	82	57,8
Eşimin yada kendi isteğim	3	15,0	7	18,4	18	21,4	28	19,7
Doktorumun isteği	2	10,0	2	5,3	15	17,9	19	13,4
Diğer*	0	0,0	4	10,5	9	10,7	13	9,1
Toplam	20	100,0	38	100,0	84	100,0	142	100,0
<b>Tekrar gebe kalmak isterseniz tercih edeceğiniz doğum şekli nedir?***</b>								
Spontan vajinal doğum	1	8,3	0	0,0	4	9,3	5	7,6
Sezaryen doğum	11	91,7	11	100,0	39	90,7	61	92,4
Toplam	12	100,0	11	100,0	43	100,0	66	100,0
<b>Hangi tür anestezi aldınız?</b>								
Genel	8	40,0	26	68,4	33	39,3	67	47,2
Epidural	8	40,0	4	10,5	16	19,1	28	19,7
Spinal	4	20,0	8	21,1	35	41,6	47	33,1
Toplam	20	100,0	38	100,0	84	100,0	142	100,0
<b>Doğumunuzda herhangi bir olumsuz deneyim yaşadınız mı?</b>								
Evet	0	0,0	5	13,2	7	8,3	12	8,5
Hayır	20	100,0	33	86,8	77	91,7	130	91,5
Toplam	20	100,0	38	100,0	84	100,0	142	100,0
<b>Sezaryenden sonra herhangi bir sorunla karşılaştırdınız mı?</b>								
Evet	2	10,0	8	21,0	20	23,8	30	21,1
Hayır	18	90,0	33	79,0	64	76,2	112	78,9
Toplam	20	100,0	38	100,0	84	100,0	142	100,0

\* tokofobi, iri bebek, ikiz gebelik

\*\* (n=66) Yeniden çocuk sahibi olmayı düşünmeyenler değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4'te son doğumunu sezaryen doğum olarak gerçekleştiren 142 sağlık çalışanının (kadın hekim, ebe, kadın hemşire) sezaryen doğum ile ilgili bakış açıları incelenmiştir.



Son doğum şekli sezaryen olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; kadın hekimlerin %75'i (n=15), ebelerin %65,8'i (n=25) ve kadın hemşirelerin %50'si (n=42) tıbbi endikasyon sebebiyle sezaryen doğumu tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 4).

Son doğum şekli sezaryen olan sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak isterlerse tercih edecekleri doğum şekillerine baktığımızda; kadın hekimlerin %91,7'si (n=11), ebelerin tamamı (n=11) ve kadın hemşirelerin %90,7'si (n=39) sezaryen doğumu tercih edeceklerini bildirmiştir (Tablo 4).

Son doğumunu sezaryen yapan sağlık çalışanlarının aldıkları anestezi türleri incelendiğinde; kadın hekimlerin %40'ının (n=8) genel, % 40'ının (n=8) epidural anestezi, ebelerin %68,4'ünün (n=26) genel ve kadın hemşirelerin %41,6'sının (n=35) spinal anestezi aldıkları görülmektedir (Tablo4).

Son doğumunu sezaryen yapan sağlık çalışanlarının "doğumunuz sırasında herhangi bir olumsuz deneyim yaşadınız mı" sorusuna verdikleri cevaplara baktığımızda ise; kadın hekimlerin tamamı (n=20), ebelerin %86,8'i (n=33) ve kadın hemşirelerin %91,7'si (n=77) olumsuz deneyim yaşamadıklarını bildirmiştir (Tablo 4).

Son doğum şekli sezaryen olan sağlık çalışanlarının sezaryen doğum sonrası sorun yaşama durumlarına baktığımızda; kadın hekimlerin %90'ı (n=18), ebelerin %79'u (n=33) ve kadın hemşirelerin %76,2'sinin (n=64) herhangi bir sorun yaşamadıkları görülmektedir (Tablo 4).

#### 4.5. Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hiç doğum yapmayan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin doğum ile ilgili düşünceleri yer almaktadır.

**Tablo 5.** Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Dağılım (N=105)

	Meslek							
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Doğumunuzu nasıl gerçekleştirmeyi düşünüyorsunuz?</b>								
Spontan vajinal doğum	7	70,0	9	53,0	45	57,7	61	58,1
Sezaryen	0	0,0	6	35,2	17	21,8	23	21,9
Fikrim yok	0	0,0	1	5,9	9	11,5	10	9,5
Kararsızım	2	20,0	1	5,9	4	5,1	7	6,7
Diğer	1	10,0	0	0,0	3	3,9	4	3,9
Toplam	10	100,0	17	100,0	78	100,0	105	100,0
<b>Spontan vajinal doğum ise nedeni nedir?</b>								
Doğal olduğu için	9	90,0	8	80,0	30	62,5	47	69,1
Sezaryenden korktuğum için	0	0,0	0	0,0	2	4,2	2	3,0
Kendi isteğim	0	0,0	2	20,0	13	27,1	15	22,1
Diğer	1	10,0	0	0,0	3	6,5	4	5,8
Toplam	10	100,0	10	100,0	48	100,0	68	100,0
<b>Sezaryen ise nedeni nedir?</b>								
Spontan vajinal doğum çok ağrılı olduğu için	1	33,3	4	57,1	11	52,4	16	51,6
Spontan vajinal doğuma göre daha çabuk sonuçlandığı için	1	33,3	0	0,0	3	14,3	4	12,9
Eşimin yada kendi isteğim	0	0,0	2	28,6	1	4,8	3	9,7
Diğer	1	33,4	1	14,3	6	28,5	8	25,8
Toplam	3	100,0	7	100,0	21	100,0	31	100,0
<b>Doğum şekilleriyle ilgili bilginiz var mı?</b>								
Var	10	100,0	17	100,0	69	88,5	96	91,4
Yok	0	0,0	0	0,0	9	11,5	9	8,6
Toplam	10	100,0	17	100,0	78	100,0	105	100,0

Tablo 5'te hiç doğum yapmayan 105 sağlık çalışanının (kadın hekim, ebe, kadın hemşire) doğumlar ile ilgili bakış açıları incelenmiştir.

Hiç doğum yapmayan kadın hekimlerin %70'i (n=7), ebelerin %53'ü (n=9)'ü ve kadın hemşirelerin %57,7'si (n=45) spontan vajinal doğumu tercih edecekleri saptanmıştır (Tablo 5).

Hiç doğum yapmayan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğumu tercih etme nedenlerine bakıldığında; kadın hekimlerin %90'nı (n=9), ebelerin %80'ni (n=8) ve kadın hemşirelerin %62,5'i (n=30) spontan vajinal doğumun doğal olduğunu düşündükleri için tercih edecekleri belirtilmiştir (Tablo 5).

Hiç doğum yapmayan sağlık çalışanlarından sezaryen doğumu tercih eden üç kadın hekimden biri spontan vajinal doğumu çok ağırlı bulduğu için, biri ise spontan vajinal doğuma göre daha çabuk sonuçlandığı için sezaryeni tercih edeceklerini bildirirken, ebelerin %57,1'i (n=4) ve kadın hemşirelerin %52,4'ü (n=11) spontan vajinal doğumu çok ağırlı buldukları için sezaryeni tercih edeceklerini belirtmiştir (Tablo5).

Hiç doğum yapmayan kadın hekimlerin ve ebelerin tamamı, kadın hemşirelerin ise %88,5'i (n=69) doğum şekilleriyle ilgili bilgilerinin olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

#### 4.6. Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihine İlgili Görüşlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 6.** Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihine Dair Görüşlerin Karşılaştırılması (N=334)

	Meslek								Analiz
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>En güvenilir doğum şekli nedir?</b>									
Spontan vajinal doğum	24	75,0	56	68,3	162	73,6	242	72,5	$\chi^2=1,001$
Sezaryen	5	15,6	17	20,7	37	16,8	59	17,7	
Bilmiyorum	3	9,4	9	11,0	21	9,5	33	9,9	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	p=0,91
<b>Sizce hangi doğum şeklinin komplikasyonu daha fazladır?</b>									
Spontan vajinal doğum	7	21,9	19	23,2	45	20,5	71	21,3	$\chi^2=0,271$ p=0,873
Sezaryen	25	78,1	63	76,8	175	79,5	263	78,7	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Sizce hangi doğum şeklinde bebek olumsuz olarak etkilenir?</b>									
Spontan vajinal doğum	7	21,9	23	28,0	47	21,4	77	23,1	$\chi^2=8,147$ p=0,086
Sezaryen	22	68,8	50	61,0	123	55,9	195	58,4	
Bilmiyorum	3	9,3	9	11,0	50	22,7	62	18,6	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	

**Tablo 6.** Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihine Dair Görüşlerin Karşılaştırılması  
(N=334) (devam)

	Meslek								Analiz
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sizce hangi doğum şeklinin maliyeti fazladır?</b>									
Spontan vajinal doğum	0	0,0	1	1,2	7	3,2	8	2,4	$\chi^2=*$ p=0,448
Sezaryen	32	100,0	81	98,8	213	96,8	326	97,6	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Sizce tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmalı mıdır?</b>									
Evet	12	37,5	30	36,6	93	42,3	135	40,4	$\chi^2=0,928$ p=0,629
Hayır	20	62,5	52	63,4	127	57,7	199	59,6	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Zorunluluk durumu olmadığında hangi şekilde doğum yapmayı tercih ederiniz?</b>									
Spontan vajinal doğum	20	62,5	57	69,5	151	68,6	228	68,3	$\chi^2=0,564$ p=0,754
Sezaryen	12	37,5	25	30,5	69	31,4	106	31,7	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Spontan vajinal doğum sırasında ağrınızın kesilmesi için epidural anestezi yapılmasını ister misiniz?</b>									
Evet	19	59,4	46	54,9	122	55,5	186	55,7	$\chi^2=0,203$ p=0,904
Hayır	13	40,6	37	45,1	98	44,5	148	44,3	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Ailelerin doğum şeklini seçme özgürlüğü olmalı mıdır?</b>									
Evet	22	68,8	58	70,7	170	77,3	250	74,8	$\chi^2=2,715$ p=0,607
Hayır	9	28,1	19	23,2	40	18,2	68	20,4	
Fikrim yok	1	3,1	5	6,1	10	4,5	16	4,8	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Sizce doğum şekline kim karar vermelidir?</b>									
Anne	1	3,1	10	12,2	34	15,5	45	13,5	$\chi^2=*$ p=0,060
Anne ve baba birlikte	0	0,0	6	7,3	17	7,7	23	6,9	
Hekim	7	21,9	17	20,7	20	9,1	44	13,1	
Hekim ve anne baba birlikte	23	71,9	46	56,1	143	65,0	212	63,5	
Diğer	1	3,1	3	3,7	6	2,7	9	3,0	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı veya almak ister misiniz?</b>									
Evet	11	34,4	32	39,0	75	35,3	118	35,3	$\chi^2=0,650$ p=0,722
Hayır	21	65,6	50	61,0	145	65,9	216	64,7	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Spontan vajinal doğum tercihinde non-farmakolojik yöntemler ağrının en aza indirilmesinde etkili olabilir mi?</b>									
Evet	24	75,0	45	54,9	103	46,8	172	51,5	$\chi^2=11,549$ p=0,073
Hayır	3	9,4	22	26,8	58	26,4	83	24,9	
Fikrim Yok	5	15,6	13	15,9	49	22,3	67	20,1	
Bilgim Yok	0	0,0	2	2,4	10	4,5	12	3,5	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Alternatif doğum teknikleri seçenek olarak sunulması spontan vajinal doğum tercihini etkiler mi?</b>									
Evet	22	68,8	54	65,9	120	54,5	196	58,7	$\chi^2=8,972$ p=0,175
Hayır	7	21,9	15	18,2	44	20,0	66	19,8	
Fikrim Yok	3	9,4	9	11,0	48	21,8	60	18,0	
Bilgim Yok	0	0,0	4	4,9	8	3,7	12	3,5	
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	

**Tablo 6.** Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihine Dair Görüşlerin Karşılaştırılması (N=334) (devam)

	Meslek								Analiz
	Hekim		Ebe		Hemşire		Toplam		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
<b>Hekim ve ebelerin spontan vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi verip desteklemeleri doğum tercihinietkiler mi?</b>									
Evet	29	90,6	80	97,6	181	82,3	290	86,8	
Hayır	3	9,4	2	2,4	30	13,6	35	10,5	$\chi^2=*$
Fikrim Yok	0	0,0	0	0,0	9	4,1	9	2,7	p=0,012
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	
<b>Sezaryen doğum yaptıktan sonra kişi vajinal doğum yapabilir mi?</b>									
Evet	19	59,4	54	65,9	84	38,1	157	47,0	
Hayır	13	40,6	28	34,1	113	51,4	154	46,1	$\chi^2=26,872$
Bilgim yok	0	0,0	0	0,0	23	10,5	23	6,9	p=0,001
Toplam	32	100,0	82	100,0	220	100,0	334	100,0	

Tablo 6'da çalışmamıza katılan toplam 334 kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihlerine ilişkin bakış açılarının karşılaştırılması incelenmiştir.

Araştırma kapsamında, çalışmaya katılan kadın hekimlerin %75'i (n=24), ebelerin %68,3'ü (n=56) ve kadın hemşirelerin %73,6'sı (n=162) en güvenilir doğum şeklinin spontan vajinal doğum olduğunu belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak farklılık bulunmamasına karşın kadın hekim ve kadın hemşirelerin bu görüşe ebelerden daha fazla katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=1,001$ , p=0,91) (Tablo 6).

Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin %78,1'i (n=25), ebelerin %76,8'i (n=63) ve kadın hemşirelerin %79,5'i (n=175) komplikasyonu fazla olan doğum şeklinin sezaryen olduğunu belirtmiş olup, gruplar arasındaki bu görüş oranlarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=0,271$ , p=0,873) (Tablo 6).

Bebeği olumsuz etkileyen doğum şekline kadın hekimlerin %68,8'i (n=22), ebelerin %61'i (n=50) ve kadın hemşirelerin %55,9'u (n=123) sezaryen doğum olarak belirtmiştir. En fazla kadın hekimlerin bu görüşe katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=8,147$ , p=0,086) (Tablo 6).

"Hangi doğum şeklinin maliyeti fazladır" sorusuna kadın hekimlerin tamamı, ebelerin ve kadın hemşirelerin tamamına yakını sezaryen doğum olduğunu belirtmiş olup, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0,448$ ) (Tablo 6.).

"Tıbbi endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen doğum yapılmalı mıdır" sorusuna; kadın hekimlerin %62,5'i ( $n=20$ ), ebelerin %63,4'ü ( $n=52$ ) ve kadın hemşirelerin %57,7'si ( $n=127$ ) hayır cevabını vermiş olup kadın hemşirelerin bu görüşe daha az oranda katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=0,928$ ,  $p=0,629$ ) (Tablo 6).

"Zorunluluk durumu olmadığında hangi doğum şeklini tercih edersiniz" sorusuna; kadın hekimlerin %62,5'i ( $n=20$ ), ebelerin %69,5'i ( $n=57$ ) ve kadın hemşirelerin %68,6'sı ( $n=151$ ) spontan vajinal doğum tercih edeceklerini belirtmiş olup gruplar arasındaki oranların birbirlerine yakın olduğu görülmektedir ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0,564$ ,  $p=0,754$ ) (Tablo 6).

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin %59,4'ü ( $n=19$ ), ebelerin %54,9'u ( $n=46$ ) ve kadın hemşirelerin %55,5'i ( $n=122$ ) spontan vajinal doğum sırasında ağrıların kesilmesi için epidural anestezi istediklerini belirtmiş olup, grupların epidural anestezi isteme oranları birbirlerine yakındır ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunamamıştır ( $\chi^2=0,203$ ,  $p=0,904$ ) (Tablo 6).

Kadın hekimlerin %68,8'i ( $n=22$ ), ebelerin %70,7'si ( $n=58$ ) ve kadın hemşirelerin %77,3'ü ( $n=170$ ) ailelerin doğum şeklini seçme özgürlüğünün olması gerektiğini belirtmiş olup, bu görüşe en fazla kadın hemşirelerin katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=2,715$ ,  $p=0,607$ ) (Tablo 6).

"Doğum şekline kim karar vermelidir" sorusuna kadın hekimlerin %71,9'u ( $n=23$ ), ebelerin %56,1'i ( $n=46$ ) ve kadın hemşirelerin %65'i ( $n=143$ ) hekim, anne ve babanın birlikte karar vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kadın hekimlerin bu görüşe daha fazla katıldığı görülmektedir ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0,060$ ) ( Tablo 6).

Çalışmamız kapsamında kadın hekimlerin %65,6'sı (n=21), ebelerin %61'i (n=50) ve kadın hemşirelerin %65,9'u (n=145) doğuma hazırlık eğitimi almadıklarını veya almak istemediklerini belirtmiştir. Gruplar arasındaki oranların birbirlerine yakın olduğu görülmektedir ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0,650$ ,  $p=0,722$ ) (Tablo 6).

Kadın hekimlerin %75'i (n=24), ebelerin %54,6'sı (n=45) ve kadın hemşirelerin %46,8'i (n=103) spontan vajinal doğum tercihinde non-farmakolojik yöntemlerin ağrının en aza indirilmesinde etkili olduğunu belirtmiş olup bu görüşe en fazla kadın hekimlerin, en az kadın hemşirelerin katıldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=11,549$ ,  $p=0,073$ ) (Tablo 6).

Kadın hekimlerin %68,8'i (n=22), ebelerin %65,9'u (n=54) ve kadın hemşirelerin %54,5'i (n=120) alternatif doğum tekniklerinin seçenek olarak sunulmasının spontan vajinal doğum tercihlerini etkileyeceğini belirtmiş olup, en fazla kadın hekimlerin en az ise kadın hemşirelerin bu görüşe katıldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=8,972$ ,  $p=0,175$ ) (Tablo 6).

Çalışma kapsamında kadın hekimlerin %90,6'sı (n=29), ebelerin %97,6'sı (n=80) ve kadın hemşirelerin %82,3'ü (n=181) kadın hekim ve ebelerin spontan vajinal doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri doğum tercihlerini etkileyeceğini belirtmiş olup, bu görüşe en fazla ebelerin katıldığı görülmektedir. Meslekler ile kadın hekim ve ebelerin doğum hakkında bilgi verip desteklemelerinin spontan vajinal doğum tercihlerine etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,012$ ) (Tablo 6).

Araştırmamızda kadın hekimlerin %59,4'ü (n=19), ebelerin %65,9'u (n=54) ve kadın hemşirelerin %38,1'i (n=84) sezaryen doğum yaptıktan sonra kişinin spontan vajinal doğum yapabileceğini bildirmiştir. Bu görüşe en fazla ebeler katılmaktadır. Meslekler ile sezaryenden sonra vajinal doğum yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=26,872$ ,  $p=0,001$ ) (Tablo 6).

#### 4.7. Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde sadece spontan vajinal doğum ve sadece sezaryen doğum yapan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin doğum ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 7.** Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılması (N=214)

	Önceki Doğumlardaki Doğum Şekli						Analiz
	Sadece Spontan Vajinal Doğum Yapanlar		Sadece Sezaryen Doğum Yapanlar		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmalı mıdır?</b>							
Evet	23	26,4	55	43,3	78	36,4	$\chi^2=6,344$
Hayır	64	73,6	72	56,7	136	63,6	$p=0,012$
Toplam	87	100,0	127	100,0	214	100,0	
<b>Zorunluluk durumu olmadığında hangi şekilde doğum yapmayı tercih ederiniz?</b>							
Spontan vajinal doğum	81	93,1	64	50,4	145	67,8	$\chi^2=43,110$
Sezaryen	6	6,9	63	49,6	69	32,2	$p=0,0001$
Toplam	87	100,0	127	100,0	214	100,0	
<b>Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı veya almak ister misiniz?</b>							
Evet	25	28,7	37	29,1	62	29,0	$\chi^2=0,004$
Hayır	62	71,3	90	70,9	152	71,0	$p=0,950$
Toplam	87	100,0	127	100,0	214	100,0	

Tablo 7'de sadece spontan vajinal doğum yapan 87 kişi ve sadece sezaryen doğum yapan 127 kişi olmak üzere toplam 214 sağlık çalışanının (kadın hekim, ebe, kadın hemşire) doğum ile ilgili bazı verilere bakış açılarının karşılaştırılması incelenmiştir.

Sadece spontan vajinal doğum yapanların %73,6'sı (n=64), sadece sezaryen doğum yapanların %56,7'si (n=72) tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmaması gerektiğini belirtmiştir. Bu görüşe sadece spontan vajinal doğum yapan sağlık çalışanlarının daha fazla katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=6,344$ ,  $p=0,012$ ) (Tablo 8).

Sadece spontan vajinal doğum yapanların %93,1'i (n=81), sadece sezaryen doğum yapanların %50,4'ü (n=64) zorunluluk durumu olmadığında spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. Bu görüşe sadece spontan vajinal doğum yapan sağlık çalışanlarının daha fazla katıldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel



değerlendirmede bu fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=43,110$ ,  $p=0,0001$ ) (Tablo 8).

Sadece spontan vajinal doğum yapanların %71,3'ü ( $n=62$ ), sadece sezaryen doğum yapanların %70,9'u ( $n=90$ ) doğuma hazırlık eğitimi almadıklarını ve almak istemediklerini belirtmiştir. İki grup arasındaki oranların birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0,004$ ,  $p=0,950$ ) (Tablo 8).

## **5. TARTIŞMA**

Araştırma, Kastamonu il merkezinde çalışan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri, son doğum şekli spontan vajinal doğum olanların doğum ile ilgili düşünceleri, son doğum şekli sezaryen doğum olanların doğum ile ilgili düşünceleri, hiç doğum yapmayanların doğum ile ilgili düşünceleri, mesleklere göre doğum şekli tercihleri ile ilgili görüşleri ve sadece spontan vajinal doğum yapan ve sadece sezaryen yapan sağlık çalışanlarının doğum ile ilgili düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular 6 ana başlık altında tartışıldı. Bu ana başlıklarda;

**5.1. Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.2. Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.3. Son Doğum Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.4. Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Tartışılması**

**5.5. Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihi ile İlgili Görüşlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.6. Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

## **5.1. Çalışma Grubunun Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde; araştırmaya katılan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin gebelik sayısı, çocuk sayısı, önceki doğumlardaki doğum şekilleri, infertilite tedavisi görme durumları ve son doğum şekillerine ait bulgular tartışılacaktır.

### **Gebelik sayısı ve çocuk sayısı:**

Selim ve Üçdoruk (2003) araştırmasında, sağlık çalışanı kadınların Türkiye'deki diğer evli kadınlara göre daha az çocuklarının olduğu ve doğum sonunda çocukların çoğunun yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca eğitilmiş ve gelir durumu yüksek olan kadınların daha az doğum yaptıklarını ifade etmiştir (Selim ve Üçdoğruk 2003).

Çalışmamızda kadın hekimlerin %37,5'inin (n=12) bir, ebelerin %36,6'sının (n=30) iki, kadın hemşirelerin %32,7'sinin (n=72) iki gebelik yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Çocuk sayılarına baktığımızda ise kadın hekimlerin %40,6'sının (n=13) bir, ebelerin %47,6'sının (n=39) iki ve kadın hemşirelerin %35,9'unun (n=79) iki çocukları olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Öztürk (2009)'ün, çalışmasında ortalama gebelik sayısı 1,7 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 1,3 olarak belirtilirken; Dünder vd. (2005)'nin çalışmasında evli ebelerde ortalama gebelik sayısı 2,1, ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 1,8 olarak bulunmuştur. Koruk vd. (2017)'nin kadın sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada ise gebelik sayısı ortalama 2 ve yaşayan çocuk sayısı ortalama 1,6'dır.

TNSA 2013'te ise halen evli kadınlarda çocuk sayısının ortalaması 2,2 oranında bulunmuştur (TNSA 2013).

Bu sonuçlar ışığında araştırma kapsamında ki sağlık çalışanlarının (kadın hekim, ebe, kadın hemşire) gebelik ve çocuk sayıları literatürdeki diğer çalışmaların oranlarıyla benzerlik göstermektedir. Gebelik ve çocuk sayılarının ikiyi geçmemesi, kadınların eğitilmiş ve sağlık profesyoneli olmalarından dolayı bilinçli aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasından kaynaklı, beklenen bir sonuçtur.

### **Önceki doğum şekilleri:**

Araştırmamız kapsamında doğum yapmış sağlık çalışanlarının önceki doğum şekilleri incelendiğinde; kadın hekimlerin tamamına yakınının (%90,9) (n=20), ebelerin %49,2'sinin (n=32) ve kadın hemşirelerin %52,8'inin (n=75) sadece sezaryen doğum yaptıkları görülmektedir. Çalışma grubumuzun yaptıkları toplam sezaryen oranı ise %55,5'tir. (Tablo 2).

Aksoy (2007)'un çalışmasına katılan hekimlerin tamamının kendisinin ya da eşinin sezaryen doğum yaptıkları, ebelerin ise %48,7'si sezaryen doğumu, %51,3'ü de spontan vajinal doğumu deneyimledikleri görülmektedir.

Sayın vd. (2004)'nin sezaryen doğum yapmış sağlık çalışanlarına doğum sonrası memnuniyet ve sonraki gebeliklerindeki doğum tercihinin sorulduğu bir araştırmada, %78'inin sezaryen olmaktan memnun oldukları bildirmiştir.

Arıkan vd. (2011)'nin kadın doğum uzmanlarıyla yaptığı çalışmada %61,8 oranında önceki doğumlarının sezaryen olduğunu ayrıca %40,8'inin her kadının sezaryen doğumu seçme hakkına sahip olduklarını düşündükleri ve %53,2'sinin ise anne isteğiyle sezaryen doğum gerçekleştirdikleri bildirilmiştir.

Koruk vd. (2017)'nin çalışmasında ise kadın sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı ideal doğum şeklinin spontan vajinal doğum olarak belirtmektedir. Pek çok çalışmada da kadınların çoğunun spontan vajinal doğumu ideal doğum şekli olarak gördükleri ve sezaryenden üstün buldukları bildirilmiştir (Duman vd. 2007, Çakmak vd. 2014). Fakat Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2016 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı %53 olarak bulunmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016).

Çalışmamızda bulunan sezaryen ortalaması, Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Çıkan sonuçlardan ve literatürdeki diğer çalışmalardan anlaşılabilirliği gibi sağlık çalışanları spontan vajinal doğuma göre, sezaryen doğumu daha çok tercih etmekte oldukları ve sezaryen doğum oranlarının artmasında paylarının olduğunu düşündürmektedir.

### **İnfertilite tedavisi görme durumları:**

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak görülmemesine rağmen; kişiyi, aileyi ve toplumu etkileyen sosyal bir sorundur (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

Çalışmamızda evli olan sağlık çalışanlarının (n=259) infertilite tedavisi görme durumlarına baktığımızda; kadın hekimlerin %96,2'si (n=25), ebelerin %89,2'si (n=66) ve kadın hemşirelerin %91,2'si (n=145) infertilite tedavisi görmediklerini belirtmiştir (Tablo 2).

Gözükara (2006)'nın çalışmasında yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalanların spontan vajinal doğum yapma oranlarının daha az olduğu, yine benzer bir çalışma olan Ravlı (2009)'nın çalışmasında ise infertilite tedavisi gören kadınların %87,5'inin yani çoğunluğunun sezaryen ile doğumu tercih ettikleri bildirilmiştir.

Çalışma grubumuzda infertilite tedavisi görmeyenlerin oranı, infertilite tedavisi görenlerin oranına göre daha düşüktür. İnfertilite tedavisi gören 1'i hekim, 8'i ebe, 14'ü hemşire olmak üzere toplam 23 sağlık çalışanı vardır. Tedavi görenlerin 15'i sezaryen doğum, 6'sı spontan vajinal doğum ve 2'si ise hiç doğum yapmadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda örneklem sayısı düşük olduğu için genellenememekle birlikte, literatürle paralellik göstermektedir. Sezaryen doğumu tercih edenlerin sayısı, spontan vajinal doğumu tercih edenlere göre daha fazladır.

Gebe kalmak için tedavi görenlerde, doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonlardan ya da travmalardan korumak için anne adayları ve hekimlerin sezaryen doğumu daha kontrollü ve güvenli bulmaları sezaryen tercihlerinin daha fazla olmasına neden olabilir (Konakçı ve Kılıç 2002, Park et al. 2005, Konakçı-Kayser ve Kılıç 2004, Gözükara ve Eroğlu 2008). Bu yüzden infertilite tedavisi görerek gebe kalanlarda "kıymetli bebek" kavramıyla veya düşük, ölü doğum, bebek kaybından sonra gebe kalanlarda "gökkuşağı bebeği" olarak adlandırılan bebeklerin doğumlarında sezaryen oranının yüksek olması olağan bir sonuç olarak beklenebilir.

### **Son doğum şekilleri:**

Araştırma kapsamında doğum yapan 229 sağlık çalışanının son doğum şekillerine baktığımızda; kadın hekimlerin tamamına yakınının (%90,9) (n=20), ebelerin %58,5'inin (n=38) ve kadın hemşirelerin %59,2'sinin (n=84) sezaryenle doğum yaptıkları görülmektedir (Tablo 2).

Akyol vd. (2011)'nin çalışmasında doğum şekilleri incelenmiş ve sağlık personelinin %61'i sezaryen, %39'u spontan vajinal doğum gerçekleştirdiği bulunmuştur.

Duman vd. (2007)'nin 250 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, doğum yapan sağlık çalışanlarının %53,1'i sezaryeni, %46,9'u spontan vajinal doğumu tercih etmiştir.

Çalışmamız literatürle paralelik göstermektedir. Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin örneklem sayısı düşük (n=22) olmasına rağmen tamamına yakınının sezaryen doğumu, ebe ve kadın hemşirelerin ise yarısından fazlasının yine sezaryen doğumu tercih etmeleri sağlık çalışanlarının doğum tercihlerinin daha çok sezaryen yönünde olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak çalışma sonucu sağlık çalışanlarının sezaryen doğum oranlarının yükselmesinde rol oynadığını düşündürür niteliktedir.

### **5.2. Son Doğum Şekli Spontan Vajinal Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde; araştırmaya katılan, son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin spontan vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi alma durumları, spontan vajinal doğum tercih nedenleri, tekrar gebe kalmak isterlerse tercih edecekleri doğum şekilleri, doğum sırasında olumsuz deneyim yaşama durumları ve doğum sonrası yaşadıkları sağlık sorunları ile ilgili bulgular tartışılacaktır.

#### **Spontan vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi alma durumları:**

Çalışmamıza katılan son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin gebelikleri süresince yapılan kontrollerinde, spontan

vajinal doğum ve sezaryen doğum hakkında bilgi alma durumlarına bakıldığında; kadın hekimlerin tamamına (n=2), ebelerin %70,4'ne (n=19) ve kadın hemşirelerin %75,9'una (n=44) doğum yöntemleri hakkında bilgi verildiği görülmektedir (Tablo 3).

Güler ve Yanikkerem (2018)'in çalışmasında kadınların %43,9'u doğum yöntemleri hakkında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Atan-Ünsal vd. (2013) ve Yılmaz-Dereli vd. (2013)'ün çalışmalarında sırasıyla %20 ve %65 oranlarında doğum yöntemleri hakkında bilgi aldıkları saptanmıştır.

Chen vd. (2001)'nin yaptığı çalışmada, kadınların %86'sı ebelerin bilgi ve tavsiyeler verdiklerini belirtirken; bunların solunum egzersizi, yürümenin doğumu hızlandırdığı, doğum pozisyonları, doğum sırasında ıkınma tekniklerini içerdiğini belirtmiştir. Ayrıca doğum sürecini ve prosedürlerini anlatmaları, annenin ve bebeğin durumları hakkında bilgi vermeleri kadınları rahatlatmaya, korkularının azalmasına, travay ve eyleme uyum sağlamalarına yardımcı olduğu belirtilmiştir.

Emmentt vd. (2007)'nin çalışmasında ise kadınların doğum yöntemine karar vermede zorlandıkları ve anksiyete yaşadıkları; bu nedenlerde sağlık çalışanlarının doğum yöntemleri hakkında bilgi vermelerinin yararlı olacağını vurgulamıştır.

Bu çalışmada doğum yöntemleri hakkında bilgi alma düzeylerinin ebe ve kadın hemşirelerde ortalama %70'lerde olması grubun sağlık çalışanlarından oluşmasından kaynaklı, doğum ile ilgili yeterli bilgilerinin oldukları kabul edilerek çıkan sonuç olabileceğini düşündürmektedir. Fakat literatürdeki bazı çalışmalarda da doğum yöntemleri ile ilgili bilgi verilme oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğum öncesi eğitimlere daha çok önem verilmesi gerektiğini düşündürebilir. Gebelikte ve postpartum dönemde gelişebilecek komplikasyonların erken tespit edilebilmesi, ölü doğumların ve bebek ölümlerinin önlenmesi için doğum öncesi bakım hizmetlerinin, sağlık çalışanları tarafından yeterli ve nitelikli şekilde verilmesi hayati önem taşımaktadır (Beşer vd. 2007). Çünkü gebelikleri sırasında hiç doğum öncesi bakım almamış kadınların daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirdikleri, bebeklerin

perinatal dönemde ölüm risklerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Beşer vd. 2007, Turan vd. 2008)

### **Spontan vajinal doğumu tercih nedenleri:**

Kadınların doğum hakkında duygu, düşünce ve tercih nedenleri toplumdan topluma değişiklikler göstermektedir (Aktaş ve Gökğöz 2015).

Bizim çalışmamızda son doğum şekli spontan vajinal doğum olanların, spontan vajinal doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; kadın hekimlerin tamamının (n=2), ebelerin %92,6'sının (n=25) ve kadın hemşirelerin %87,9'unun (n=51) kendi istekleriyle spontan vajinal doğumu tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 3).

Başar ve Sağlam-Yeşildere (2018)'nin çalışmasında spontan vajinal doğum yapanların, spontan vajinal doğum tercih nedenlerine baktığımızda %42 hekim önerisiyle, %16 hemen iyileşme, %13 bebeğinin sağlığının daha iyi olacağı düşüncesi ile; Höbek-Akarsu ve Mucuk (2014)'un çalışmasında kadınların %65,5'i daha doğal ve sağlıklı olduğu için, %19,2'si iyileşme süresi daha kısa olduğu için, %15,3'ü ağrısız doğum sonu dönem geçirmek istediği için; Karabulutlu (2012)'nin çalışmasında kadınların %54,3'ü spontan vajinal doğumun daha sağlıklı olduğu düşüncesiyle, %11,4'ü hemen iyileşebilmek için, %8,1 hekim isteğiyle spontan vajinal doğumu tercih ettiğini belirtmiştir.

Angeja (2006), Yaşar vd. (2007), Danso vd. (2009) ve Büyükbayrak vd. (2010)'in çalışmalarında ise kadınların spontan vajinal doğumu tercih etme nedenleri çoğunlukla, doğal ve fizyolojik bir eylem olması, kontrolün ellerinde olacağını bilme, spontan vajinal doğumu tecrübe etmek isteme, çabuk iyileşme ve hastaneden taburcu olma süresinin kısalığı, daha az komplikasyon, anestezi alma yada ameliyat geçirme korkusu, anne ve bebek için daha emniyetli olması, anne ve bebek arasındaki bağın daha erken kurulması, emzirmenin hemen başlaması, doğum sonu dönemin daha rahat ve ağrısız olması, daha normal ve sağlıklı olduğu düşüncesi ve eş desteği olarak bildirilmiştir.

Gözükara (2006)'nın çalışmasında diğer çalışmalara benzer olarak kadınların spontan vajinal doğum tercih etmelerindeki nedenler doğumda güçlük yaşamayacağı



düşüncesi, ağrı açısından daha rahat, iyileşmelerinin daha kolay ve kadın açısından daha sağlıklı olduğu düşünceleri ayrıca çevrelerindeki kişilerin önerilerinin büyük rolü olduğu saptanmıştır.

Çalışmaların çoğunda kadınların ilk tercihinin çoğunlukla spontan vajinal doğum olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalarda spontan vajinal doğum tercih nedeni olarak en fazla doğal olduğu düşüncesi, doğum sonrasındaki süreçte ağrı deneyiminin düşük olması, güvenli ve en iyi doğum yöntemi gibi nedenler sıralanmıştır (Aslam et al. 2003).

Spontan vajinal doğum, doğal fizyolojik bir olay olduğundan yapılan çalışmalarda tercih nedenleri benzer özellikler taşımaktadır. Bizim çalışmamızda da bu nedenler (daha sağlıklı olması, anestezi korkusu, fizyolojik olması, çabuk iyileşme, anne-bebek arasındaki bağın erken kurulması, emzirmenin hemen başlaması vb.) düşünülerek kendi istekleri doğrultusunda spontan vajinal doğumu tercih ettikleri bildirilmiştir.

#### **Doğum sırasında olumsuz deneyim yaşama durumları:**

Araştırmamız kapsamında son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadınların "doğumunuz sırasında olumsuz deneyim yaşadınız mı" sorusuna verilen cevaplara baktığımızda; spontan vajinal doğum yapan iki kadın hekimden birisinin, ebelerin %25,9'unun (n=7) ve kadın hemşirelerin de %20,7'sinin (n=12) olumsuz deneyim yaşadıkları görülmektedir (Tablo 3).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının doğum sırasında karşılaştıkları olumsuz deneyim olarak belirttikleri durumlar ise; indiksiyon uygulanması, epizyotomi, epizyotomiyle beraber laserasyon, süturun fazla olması, erken membran rüptürü, fundal baskı, vakum uygulanması, doğumhane şartlarının kötü olması, mahremiyete saygı duyulmaması, ebelerin ilgisizliği, zor doğum, hızlı doğum, plasentanın ayrılmaması, hastanede anestezi uzmanı bulunmamasından dolayı iri bebeği spontan vajinal doğum ile dünyaya getirmek zorunda kalınması gibi nedenler sıralanmaktadır. Bu oranlar grubun toplam %23'lük (n=20) kısmını kapsamaktadır.

Cleary-Goldman vd. (2005)'nin çalışmasında spontan vajinal doğumu sorunsuz gerçekleşen kadınlar spontan vajinal doğum memnuniyeti yüksek ve doğum esnasındaki ağrı ve rahatsızlığa rağmen spontan vajinal doğumu tercih etmekten pişman olmadıklarını belirtmiştir.

Gebelerin spontan vajinal doğumu tercih etmelerinin en önemli nedeni anne ve bebek sağlığı açısından daha iyi olacağını düşünmeleridir (Gözükara ve Eroğlu 2008, Sayiner ve Özerdoğan 2009, Karabulutlu 2012, Güzel 2014). Erciyes (2016)'in çalışmasında bir başka neden olarak spontan vajinal doğum anne-bebek bağlanması yönünden önemli bir doğum şekli olmasına rağmen, doğumların çoğunluğunun müdahaleli gerçekleşmesinden dolayı beklenen fayda sağlanamadığı belirtilmiştir. Mutlu vd. (2015)'nin çalışmasında da bebeğin spontan vajinal doğum veya sezaryen ile doğmasıyla maternal bağlanma yönünden ilişki bulunamadığı belirtilmiştir.

Erciyes (2016)'in çalışmasında, kadınların spontan vajinal doğum şekli incelendiğinde %86,8'inin doğumları müdahaleli olarak gerçekleştirildiği saptanmıştır.

Fontein (2010)'un çalışmasında da kadınlar az müdahale yapılan doğumlarda %60,3, orta derecede müdahale yapılan doğumlarda %47,2 ve fazla müdahale yapılan doğumlarda %36 oranında memnuniyet bildirdikleri saptanmıştır. Çalışmada da görüldüğü gibi müdahale oranı arttıkça memnuniyet oranı düşmektedir. Müdahale edilmeyenlerde ise %73 oranında memnuniyet ifade edildiği belirtilmiştir (Fontein 2010).

Waldenström (1999)'ün çalışmasında indüksiyon, analjezi ve tıbbi müdahale gebelerin doğum deneyim puanlarının düşük olmasına sebep olmaktadır.

Ülkemizde kadınların, doğumları sırasında gereksiz tıbbi müdahalelerle karşılaşması spontan vajinal doğumda memnuniyeti düşürmekte ve doğum algılarını negatif yönde etkilemektedir. Çalışma grubumuzda olumsuz deneyim yaşama oranı diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur.

### **Tekrar gebe kalmak istediklerinde tercih edecekleri doğum şekli:**

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak isterlerse tercih edecekleri doğum şekline bakıldığında; kadın hekimlerin tamamı (n=2), ebelerin %77,8'i (n=21) ve kadın hemşirelerin %62,1'i (n=36) spontan vajinal doğumu tercih etmişlerdir (Tablo 3).

Chong and Mongelli (2003)'ün çalışmasında Singapur'daki kadınların %95,1'i spontan vajinal doğumu tercih etmiştir. Balcı vd. (2005)'nin araştırmasında spontan vajinal doğum yapanların %75,6'sının tekrar gebe kaldıklarında doğumlarını spontan vajinal doğum olarak gerçekleştirmiş olduğu saptanmıştır.

Aksoy (2007)'un yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılan hekim ve ebelerin daha önceki doğum şekillerine göre kişisel doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında, daha önce spontan vajinal doğum deneyimleyenlerin %85'i tekrar spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtirken, %15'i sezaryen doğumu tercih edeceğini ifade etmiştir.

Çapık vd. (2016)'nin araştırmasında annelere tekrar doğum yapma şansları olsa hangi yolla doğum yapmak istedikleri sorulduğunda %79,7 oranında spontan vajinal doğum yapan kadınların tekrar spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini ifade edilmiştir.

Yaşar vd. (2007)'nin çalışmasında spontan vajinal doğum yapan kadınların %86,9'u tekrar gebe kaldıklarında yine spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir.

Donati vd. (2003)'nin araştırmasında spontan vajinal doğum yapan kadınların %90'ı bir sonraki doğumda tekrar spontan vajinal doğum yapacaklarını bildirmiştir.

Gonen vd. (2002)'nin yapmış olduğu bir çalışmada İsraili doğum uzmanlarının %91'i kişisel olarak spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir.

Literatürdeki diğer çalışmalar gibi bizim çalışmamızda da tekrar gebe kalmak istediklerinde tercih edecekleri doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın sağlık çalışanlarının oranı yüksek olmasına rağmen kadın hekimler hariç ebe ve kadın

hemşirelerde spontan vajinal doğum tercihlerinde düşüşler olduğu görülmektedir. Önceki doğumları sırasında olumsuz deneyim yaşamaları veya doğum algılarının değişmesinden kaynaklı olarak spontan vajinal doğumu tercih etmedikleri düşünülebilir.

### **Doğum sonrası sağlık sorunu yaşama durumları:**

Doğum sonu dönemde sorun yaşamış olmak sezaryen doğuma yönlendiren önemli sebeplerden biri olarak düşünülebilir. Çalışmamızda son doğum şekli spontan vajinal doğum olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin toplam %12,6'sının (n=11) doğum sonrası problemle karşılaştıkları bildirilmiştir. Bunlar; inkontinas, epizyotomi bölgesinde ağrı ve hematoma, uterusu plasenta parçası kalmasında dolayı kanama, sistosel, hemoroid, göğüs kafesinin ezilmesinde bağlı solunum güçlüğüdür (Tablo 3). Çalışma bulgularımıza göre son doğum şekli spontan vajinal doğum olan ebelerin %3,7'sinin (n=1) ve kadın hemşirelerin ise %13,8'inin (n=8) tekrar gebe kalmak istediklerinde sezaryen doğumu tercih etmelerinin nedeni de doğum sonrası yaşadıkları sorunlarla ilişkilidir.

Çapık vd. (2016)'nin çalışmasında spontan vajinal doğum yapanların, doğum sonu dönemde %57,8'i kendi bakımıyla, %60,9'u bebek bakımıyla tamamen ilgilenebildiğini, %73,4'ü emzirmede sorun yaşamadığını; %70,3'ü tuvalete gitme, %65,6'sı ayağa kalkma, %87,5'i yemek yeme, %71,9'u yürüme, %70,3'ü bebeğini kucağına alabilme aktivitesini tamamen bağımsız yerine getirebildikleri bildirilmiştir.

Özkar (2011)'in çalışmasında spontan vajinal doğum yapan kadınların %63'ünün doğum sonrası kendilerini iyi hissettiklerini ve rahatlamış olarak ifade ettikleri bildirilmiştir. Spontan vajinal doğum yapan kadınlar postpartum döneme daha çabuk adapte olduklarını ve bebeklerinin bakımlarını kendilerinin yaptıklarını belirtmiştir (Özkar 2011).

Duman (2006)'nın araştırmasında kadınların %21,1'inin spontan vajinal doğum ardından sağlık sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu sorunlar dikişlerin açılması, konstipasyon ve yanlış kesi olarak bildirilmiştir. Pınar vd. (2009)'nin çalışmasında

spontan vajinal doğum yapan kadınlar sorgulandığında epizyotomi bölgesinde ağrı hissetme oranı %28 olarak bulunmuştur.

Literatürle de uyumlu olarak spontan vajinal doğum sonrası yaşanan sorunlar kadınların doğum tercihlerini değiştirmektedir.

### **5.3. Son Doğum Şekli Sezaryen Doğum Olanların Doğum ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, son doğum şekli sezaryen doğum olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin sezaryen doğum tercih nedenleri, tekrar gebe kalmak istediklerinde tercih edecekleri doğum şekilleri, sezaryen sonrası herhangi bir sorun yaşama durumları ile ilgili bulgular tartışılacaktır.

#### **Sezaryen doğum tercih nedenleri:**

Çalışmamıza katılan son doğum şekli sezaryen olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; kadın hekimlerin %75'i (n=15), ebelerin %65,8'i (n=25) ve kadın hemşirelerin %50'si (n=42) tıbbi endikasyon sebebiyle sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir (Tablo 4).

Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) 9 Mayıs 2006'da ki açıklamasında sezaryenlerin isteğe bağlı olarak yapılmamasını ancak tıbbi endikasyonlara bağlı olarak yapılması gerektiğini bildirmiştir (ACOG 2006).

Çeşitli çalışmalarda ise maternal ve/veya fetal bir endikasyon yokken kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri incelendiğinde anal ya da üriner inkontinans, sezaryenle doğan bebeklerin daha zeki olduğu inancı, spontan vajinal doğum ağrılarından tümüyle kurtulma, doğum sırasında bebeğe zarar gelme korkusu, hekim önerisiyle veya çevresel faktörlerden dolayı sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir (Lee and Chien 2002, Gözükara 2006).

Sayiner ve Özerdoğan (2009)'ın çalışmasında, kadınların sezaryen doğumu tercih etme nedenleri; %47 oranında hekim isteği, %19 oranında kendi isteği, %18 oranında tokofobi, %11 oranında miad geçmesi ve %5 oranında ise sezaryen

doğumun daha sağlıklı ve güvenli olduğunun düşünülmesi şeklinde sıralanmıştır. Başar ve Sağlam-Yeşildere (2018)'in çalışmasında kadınların %50'si hekim isteği, %10'u ağrıyı daha az hissedeceği düşüncesi, %17'si risksiz bir şekilde bebeğini dünyaya getirme düşüncesi, %6'sı ise diğer nedenlerden dolayı; Ergöl ve Kürtüncü (2014)'nün çalışmalarında %26,3'ü hekim isteği, %47,4'ü doğumdan korktuğu için, %26,3'ü ağrısız doğum yapmak istedikleri için sezaryeni tercih etmiştir. Karabulutlu (2012)'nin çalışmasında ise kadınların %28,3 kendi isteğiyle, %50'si hekim isteğiyle, %9,4'ü miad geçmesi nedeniyle, %9,4'ü tokofobi, %4,7'si sezaryen doğum daha sağlıklı olacağı düşüncesinden dolayı sezaryeni tercih etmiştir. Büyükbayrak vd. (2010)'nin çalışmada da sezaryen tercih nedenleri %19 daha az ağrı duyma isteği, %20,6 tüpligasyon isteği, %45,2 spontan vajinal doğumdan korkma, %15,1 başkalarının doğum hikayelerini dinleme ve %16,7 oranında da bebeği için daha güvenli olacağı düşüncesidir. HÖbek-Akarsu ve Mucuk (2014)'un çalışmasında kadınların %44'ü doğum ağrısı çekmek istememesi ve doğum korkusu nedeniyle, %14,8'i önceki doğum şekli sezaryen olduğu için, %9,9'u tüpligasyon isteğiyle, %14,8'i bebeğin daha sağlıklı olacağı düşüncesiyle sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir.

Karakuş ve Şahin-Hotun (2011)'un sezaryen ile doğum yapan kadınlarla yaptığı çalışmada sezaryen doğumun spontan vajinal doğuma göre daha modern bir yöntem, anne-bebek için daha güvenli ve kolay olduğunu belirtmiştir.

Canbaz vd. (2005)'nin araştırmasında katılanların %29,2'sinin kendi isteği ile sezaryeni tercih etmiştir. Duman (2006)'nin çalışmasında da eşinin isteği ya da kendi isteği ile sezaryen tercih oranları %16,3'tür.

Hildingsson vd. (2002)'nin elektif sezaryen nedenlerine yönelik yapmış olduğu lojistik regresyon analizinde, kadınlar doğum korkusu ve önceki olumsuz doğum deneyimi nedeni ile sezaryen operasyonunu tercih ettikleri saptanmıştır. Gözükara (2006)'nin çalışmasında da sezaryen tercihinde en etkili faktörün doğumdan ve doğum ağrısından korkma olduğu bulunmuştur.

Güler ve Yanikkerem (2018)'in çalışmasında kadınların %64,3'ü spontan vajinal doğumdan korktuklarını, %55,4'ü ise spontan vajinal doğumdan korkan bir kadına

sezaryen doğumun önerilmesi gerektiğini belirtmiştir. Atan-Ünsal vd. (2013)'nin İzmir'de yaptığı çalışmasında sezaryen doğumu seçenlerin %45'i, Yılmaz-Dereli vd. (2013)'nin İstanbul'da yaptığı çalışmasında sezaryen tercih eden kadınların %83,1'i ve Ghotbi vd. (2012)'nin İran Tahran'da yaptıkları çalışmasında kadınların büyük bir çoğunluğu sezaryeni doğum korkusunu nedeniyle tercih ettiklerini bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak sezaryen tercih nedenlerinin çoğunlukla tıbbi endikasyonlar (%57,8) olduğu görülmektedir. Bunu eşimin ya da kendi isteğim (%19,7), hekim isteği (%13,4) ve diğer nedenler (%9,1) takip etmekte ve literatürdeki bazı tercih sebepleriyle benzerlik göstermektedir. Fakat kadın sağlık çalışanlarının belirttiği yüksek oranda çıkan tıbbi endikasyonların neler olduğu çalışmamızda sorgulanmamıştır bu da araştırmamızın sınırlılığı olabilir.

Sezaryen doğum tercihlerini en aza indirmek için doğum öncesi dönemde annelerin özellikle de doğum korkusuyla başedebilmeleri için gerekli eğitimlerin ve danışmalıkların verilmesi, travayda ve doğum sırasında anneleri desteklemek son derece önemlidir.

### **Tekrar gebe kalmak istediklerinde tercih edecekleri doğum şekli:**

Son doğum şekli sezaryen doğum olan kadın sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak istediklerinde tercih edecekleri doğum şekline baktığımızda; kadın hekimlerin %91,7'si (n=11), ebelerin tamamı (n=11) ve kadın hemşirelerin %90,7'sinin (n=39) tekrar sezaryeni tercih edecekleri bildirilmiştir (Tablo 4).

Sayın vd. (2004)'nin çalışmasında sezaryenle doğum yapmış sağlık personeline doğum sonrası memnuniyet ve sonraki gebeliklerindeki doğum tercihinin sorulduğu bir çalışmada, tüm olguların %78'i sezaryen olmaktan memnun olduğunu ve tekrar sezaryeni seçeceğini, ancak %22'si tekrar gebe kalırsa spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir.

Akyol vd. (2011)'nin sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı olmayan kadınlarla yaptığı çalışmasında sonraki doğum tercihleri sorgulandığında; sağlık çalışanlarının %56'sı sezaryen ile, sağlık çalışanı olmayanların ise %40'ının sezaryen ile doğum yapmak istedikleri bildirilmiştir. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Çapık vd. (2016)'nin çalışmasında sezaryen doğum deneyimleyen %41,2 kadının spontan vajinal doğum tercih edeceklerini ve yalnızca %28,6 kadın tekrar sezaryen isteyebileceğini belirtmiştir.

Yaşar vd. (2007)'nin çalışmalarında sezaryen doğum yapan kadınların %45,4'ü spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini, Donati vd. (2003)'nin araştırmalarında sezaryen doğum yapan kadınların ise %77'sinin bir sonraki doğumlarında spontan vajinal doğum gerçekleştirmek istediklerini bildirmişlerdir.

Güler ve Yanikkerem (2018)'in çalışmasında kadınların %41,3'ü sezaryen ile doğum yapan bir kadının spontan vajinal doğum ile doğum yapabileceğini düşünmekte ve yaklaşık yarısı spontan vajinal doğumu denemek istediklerini belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihleriyle ilgili eğilimlerinde bazı farklılıklar görülmektedir. İngiltere'de, kadın doğum hekimlerinin doğum tercihlerine bakıldığında, herhangi bir endikasyon yoksa, elektif sezaryeni seçme oranı %15-31 olarak bulunmuştur ve yine İngiltere'de ebelerin sezaryen tercih oranı sadece %4'tür. ABD'de kadın doğum hekimlerinin sezaryen doğum tercih oranının %46, İrlanda'da ise %7 olduğu bildirilmiştir (Sayın vd. 2004).

Bizim çalışmamızda son doğum şekli sezaryen doğum olan sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak istediklerinde tercih edecekleri doğum şekli grubun çoğunluğu (%92,4) sezaryen yönündedir. Bahsedilen diğer çalışmalarda sağlık çalışanı olmayan kadınlarda spontan vajinal doğum tercihlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. SSVD isteği ülkemizde henüz çoğu hekim ve gebe tarafından benimsenemediği için veya "bir kez sezaryen hep sezaryen" ifadesinden dolayı spontan vajinal doğuma göre sezaryen doğum tercihlerinin daha fazla olduğu düşünülebilir.

### **Sezaryen sonrası herhangi bir sorun yaşama durumları:**

Araştırmamızda son doğum şekli sezaryen doğum olan kadın sağlık çalışanlarının sezaryen doğum sonrası herhangi bir sorun yaşama durumlarına baktığımızda; kadın hekimlerin %90'ı (n=18), ebelerin %79'u (n=30) ve kadın hemşirelerin %76,2'sinin (n=64) herhangi bir sorun yaşamadıkları belirtilmiştir



(Tablo 4). Sezaryen doğum sonrası sorun yaşama durumu ise tüm grupta toplam %21,1'lik oranı kapsamaktadır. Yaşanan sorunlara baktığımızda; konstipasyon, emboli şüphesi, enfeksiyon, şiddetli baş ve kas ağrısı, bel ağrısı, ameliyat yerinden akıntı, karın duvarına yapışıklık, ödem, spinal anesteziye bağlı bel ağrısı, idrara çıkmada zorluk çekme, entübasyona bağlı boğaz tahrişi, gaz sancısı, sütün geç gelmesinden dolayı emzirememe, varislerden dolayı dolaşım problemi, kulak uğultusu, karın ağrısı, atoni kanamasıdır.

Özkar (2011)'in çalışmasında sezaryen doğum yapan kadınların çoğunluğu (%64,3) doğum sonrası anestezinin etkisi geçip hareket edene kadar kendilerini pek iyi hissetmediklerini ve yorgun olduklarını ifade etmiştir. Ayrıca cerrahi operasyona bağlı olarak gelişen ağrılarında kendilerini rahatsız ettiklerini bildirmiştir.

Duman (2006)'nın sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmasında, sezaryen doğum ardından %14 oranında sorun yaşandığı saptanmıştır. Bu sorunlar; başağrısı, konstipasyon, göğüs ağrısı olarak bildirilmiştir.

Sezaryen doğum sonrası en sık karşılaşılan sorunlar; ağrı ve gaz şikayetleri, annenin kendisinin ve bebeğin özbakım ihtiyaçlarını karşılayamaması, emzirme yetersizliği, beden imajında bozukluk, anne-bebek bağlanmasında yetersizlik, suçluluk duygusudur (Husslein 2001).

Yılmaz (2002)'in çalışmasında ise sezaryen ile doğum yapanlarda ayağa kalkma %100 ve emzirme %97,3 oranlarında kadınların sorun yaşadıkları bildirilmektedir (Pinar vd. 2009).

Ceylantekin (2006)'in çalışmasında sezaryen sonrası yaşanan sorunlar ağrı (%25,2), iyileşmenin geç olması (%20,5), anne ve bebek arasındaki etkileşimi geciktirme (%10) olduğu belirtilmiştir. Güngör vd. (2004)'nin çalışmasında da sezaryen sonrası sorun yaşama durumları; bebeğin bakımında güçlük yaşama, aktivite intoleransı, özbakımını yapmakta güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmede güçlük, karında gerginlik ve gaz, entübasyona bağlı boğaz tahrişi ve meme problemleri olarak bildirilmiştir. Ayrıca sezaryen doğum yapan kadınlarda erken dönemdeki fiziksel ve psikososyal sorunların oldukça fazla görüldüğünü belirtmiştir (Güngör vd. 2004).

Çalışmamızda da literatürdeki çalışmalarla benzer problemlerin olduğu görülmektedir.

#### **5.4. Hiç Doğum Yapmayanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Tartışılması**

Bu bölümde hiç doğum yapmayan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin doğumlarını nasıl gerçekleştirmek istedikleri, spontan vajinal doğum ise nedeni, sezaryen doğum ise nedeni ve doğum şekilleri ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

##### **Doğumlarını nasıl gerçekleştirmek istedikleri:**

Araştırma kapsamında hiç doğum yapmayan kadın hekimlerin %70'i (n=7), ebelerin %53'ü (n=9)'ü ve kadın hemşirelerin %57,7'si (n=45) spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. Tüm gruba baktığımızda ise spontan vajinal doğum tercih etme oranı %58,1 olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Duman vd. (2007)'nin araştırmasında hiç doğum yapmayan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğumu tercih etme oranı %57,4, sezaryeni tercih etme oranı %23,1 olarak bulunmuştur ve %19,5'inin de kararsız olduğunu ifade ettiği saptanmıştır.

Yaşar vd. (2007)'nin çalışmasında primipar kadınların %22,6'sı sezaryen doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir.

Çakmak vd. (2014)'nin çalışmasında da daha önce hiç doğum yapmamış kadınlarda tıbbi endikasyon varlığı yok ise sezaryen ile doğum tercih etme oranı %13 olarak belirlenirken kararsız kalanlar %12,2'dir. Spontan vajinal doğumu tercih etme oranı ise %78,4 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda hiç doğum yapmayan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğum tercih etme oranının yarıya yakın olması şaşırtıcı bir sonuçtur. Çünkü hiç doğum yapmamış, olumsuz bir deneyim yaşamamış bir gruptan daha yüksek oranda spontan vajinal doğum tercih edilmesi beklenmektedir. Spontan vajinal doğum tercih edilmemesinin nedeni olarak eğitimin yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar, spontan vajinal doğum ile ilgili farkındalıklarının olmaması, nefes, gevşeme, ağrıyla başetme,

doğumun mekanizmasıyla ilgili bilgilerinin yeterli olmaması gibi nedenler düşünülebilir fakat bunun varsayımında kalmaması için hiç doğum yapmamış sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğum ile ilgili algılarının neden bozulduğu ile ilgili daha açıklayıcı araştırmalar yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan Duman vd. (2007)'nin araştırmasında da spontan vajinal doğum tercih oranı yine bizim çalışmamızda olduğu gibi yarıya yakın olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanı olmayan kadınlarla yapılan çalışmalarda ise spontan vajinal doğum tercih etme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında sağlık çalışanı kadınların spontan vajinal doğuma sıcak bakmadıkları düşünülebilir.

### **Spontan vajinal doğum ise nedeni:**

Hiç doğum yapmayan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğumu tercih etme nedenlerine bakıldığında; kadın hekimlerin %90'nı (n=9), ebelerin %80'ni (n=8) ve kadın hemşirelerin %62,5'i (n=30) spontan vajinal doğumun doğal olduğunu düşündükleri için tercih etmiştir (Tablo 5).

Aksoy (2007)'un araştırmasında %92,9 oranında ebe, %77,8 oranında hekim en sağlıklı doğum şeklinin spontan vajinal doğum olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %22,2'si, ebelerin %7,1'i ise sezaryen doğumun sağlıklı olduğunu belirtmiştir. Spontan vajinal doğumu en sağlıklı doğum şekli olarak değerlendiren hekimlerin %64,2'si, ebelerin ise %70,5'i doğal, normal ve fizyolojik bir olay olduğu için spontan vajinal doğumu sağlıklı gördüklerini ifade etmektedir.

Kadınlar, daha sağlıklı olduğunu düşündükleri (Danso vd. 2009, Saoji et al. 2011, Karabulutlu 2012), daha doğal olduğuna inandıkları (Saoji et al. 2011, Karabulutlu 2012), ekonomik nedenlerden dolayı (Danso vd. 2009, Karabulutlu 2012), ağrının uzun sürmemesi (Danso vd. 2009), iyileşmenin daha kolay ve hızlı olması, hastanede kalış süresinin kısa olması (Danso vd. 2009, Karabulutlu 2012) ve güvenlibuldukları için (Saoji et al. 2011) spontan vajinal doğumu tercih etmektedir.

Yakut-Yüksel (2015)'in çalışmasında da spontan vajinal doğum tercihinin en önemli nedeni spontan vajinal doğumun doğal fizyolojik bir süreç ve doğum sonrasında hızlı iyileşmedir (%73,68). Ayrıca ağrının ve acının daha az olması (%13,15), daha kolay ve rahat gerçekleşmesi (%10,52) ile operasyon geçirme

korkusu (%1,31) ise diğer tercih nedenleridir. Bu bulgular, spontan vajinal doğum tercihinde en önemli nedenler olan doğal ve sağlıklı olması yönündeki literatürü desteklemesi bakımından önemlidir.

Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak spontan vajinal doğumun doğal olduğu düşüncesiyle tercih edilme oranı daha fazladır.

### **Sezaryen doğum ise nedeni:**

Hiç doğum yapmayan sağlık çalışanlarının sezaryen doğum tercih etme nedenine baktığımızda, spontan vajinal doğumu ağrılı buldukları için tercih etmeyenlerin oranı kadın hekimlerden bir kişi, ebelerin %57,1'i (n=4) ve kadın hemşirelerin %52,4'üdür (n=11) (Tablo 5).

Kadınlar, doğum korkusu yaşadıkları için (Sayın vd. 2004, Sayiner ve Özerdoğan. 2009, Büyükbayrak vd. 2010, Karabulutlu 2012, Ergöl ve Kürtüncü 2014, Yıldız vd. 2014), ağrısız doğum istedikleri için (Danso vd. 2009, Ergöl ve Kürtüncü 2014), anne isteği (Ergöl ve Kürtüncü 2014) nedeniyle sezaryen doğumu tercih etmektedir. Ayrıca epizyotomi korkusu, sezaryen doğumun kolay ve rahat olması, bebek için daha iyi olduğunu düşünme (Danso vd. 2009, Yıldız vd. 2014) sezaryen tercih nedenleri arasındadır.

Yaşar vd. (2007) çalışmasında primipar kadınların %22,6'sının sezaryeni tercih ettiklerini bildirmiştir. Yakut-Yüksel (2015)'in çalışmasında gebelerin %27,62'si; ağrısız-acısız olması, tıbbi endikasyon (%34,48), kolay ve rahat olması (%13,79), doğum korkusu (%10,34) ve anne istemi (%6,9) nedeniyle sezaryeni tercih edeceklerini belirtmiştir. Çalışmadaki gebelerin büyük bir kısmı (%71,43) spontan vajinal doğumu zor, ağrılı ve sancılı buldukları için sezaryen doğum istemektedir.

Elde edilen bulgular literatürle uyumluluk göstermektedir.

### **Doğum şekilleri ile ilgili bilgi düzeyleri:**

Hiç doğum yapmayan kadın hekimlerin ve ebelerin tamamının, kadın hemşirelerin ise %88,5'inin (n=69) doğum şekilleriyle ilgili bilgilerinin olduğu bildirilmiştir (Tablo 5).

Araştırmalarda, kadınların gebelik dönemlerinde bilgi alma durumları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Karabulutlu 2012, Canbal vd. 2014). Birçok çalışmada, gebelik döneminde doğum şekilleri ile ilgili bilgi edinmemiş olmanın sezaryen doğum tercihinin artırdığını ortaya koymaktadır (Özkan vd. 2013).

Grubumuzun sağlık çalışanlarından oluşmasından dolayı doğum şekilleri ile ilgili yeterli bilgilerinin olduğunu ifade ettikleri beklenen sonuçtur.

### **5.5. Mesleklere Göre Doğum Şekli Tercihi ile İlgili Görüşlerin Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Bu bölümde çalışmaya katılan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin doğum şekli tercihi ile ilgili görüşleri olan; en güvenilir doğum şekli, bebeğin olumsuz etkilendiği doğum şekli, maliyeti fazla olan doğum şekli, tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe bağlı sezaryen olmalı mı, ailelerin doğum şekli seçme özgürlüğü olmalı mı, doğum şekline kim karar vermeli, non-farmakolojik yöntemlerin uygulanması ağrıyı azaltır mı, alternatif doğum tekniklerinin spontan vajinal doğumu tercih etmeye etkisi var mı, hekim ve ebelerin doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri spontan vajinal doğum tercih etmeyi etkiler mi ve sezaryen sonrası spontan vajinal doğum yapılır mı ile ilgili düşüncelere ilişkin bulgular tartışılacaktır.

#### **En güvenilir doğum şekli:**

Araştırma kapsamında, çalışmaya katılan kadın hekimlerin %75'i (n=24), ebelerin %68,3'ü (n=56) ve kadın hemşirelerin %73,6'sı (n=162) en güvenilir doğum şeklinin spontan vajinal doğum olduğunu belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasına karşın ebelerin bu görüşe kadın hekim ve kadın hemşirelere göre daha az oranda katıldığı saptanmıştır ( $\chi^2=1,001$ ,  $p=0,91$ ) (Tablo 6).

Duman (2006)'nın araştırmasında, sağlık çalışanlarının %84,8'i en güvenilir doğum şeklinin spontan vajinal doğum olduğunu belirtmiştir; fakat sağlık çalışanlarının %58,5'inin sezaryenle doğum yaptıkları saptanmıştır.

Monari vd. (2008)'nin çalışmasında ebelerin ve kadın doğum uzmanlarının sezaryen doğuma bakış açılarını değerlendirmişler ve ebelerin sezaryenin anneye ve bebeğe yarar sağlamadığı açısından sezaryene daha az eğilimli oldukları bildirilmiştir.

Fuglenes vd. (2009)'nin çalışmasında kadın doğum uzmanlarının sezaryeni, spontan vajinal doğuma göre anne ve bebek açısından daha sağlıklı, güvenli buldukları için daha fazla sezaryen operasyonu uyguladıklarını belirtmiştir.

Literatürdeki başka çalışmalarda ise kadın doğum uzmanlarının yarısı (Arıkan vd. 2011) ve sağlık çalışanlarının %56'sı (Koken vd. 2007) sezaryen doğumun bebek için güvenli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının en güvenilir doğum şekli olarak spontan vajinal doğumu belirtmelerine rağmen çıkan oranların beklenenden düşük olduğu görülmekte olup en düşük oranda ebelerin olması da ayrıca şaşırtıcı bir sonuçtur. Literatürdeki bazı çalışmalarda bizim çalışmamızı destekler nitelikte olmasına rağmen karşı görüşte olan yani sezaryenin en güvenilir doğum şekli olduğunu düşünen çalışmalarda mevcuttur. Bu da bize sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğum ile ilgili bilgi açığı olduğunu düşündürülebilir.

### **Bebeğin olumsuz etkilendiği doğum şekli:**

Sezaryen doğum majör cerrahi bir girişim olduğundan dolayı bebek için de olumsuz riskler yaratabilir (Başkaya ve Sayiner 2018). .

"Bebeğin olumsuz etkilendiği doğum şekli nedir" sorusuna kadın hekimlerin %68,8'i (n=22), ebelerin %61'i (n=50) ve kadın hemşirelerin %55,9'u (n=123) sezaryen olarak cevap vermiştir ve en fazla hekimlerin bu görüşe katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=8,147$ ,  $p=0,086$ ) (Tablo 6).

Literatürde bu konuyla ilgili farklı çalışma bulguları tespit edilmiştir.

### **Maliyeti fazla olan doğum şekli:**

Sezaryen doğum ile spontan vajinal doğum karşılaştırıldığında; hem anne ve bebek sağlığı açısından önemli riskler taşımakta, hem de maliyeti daha yüksek olarak karşımıza çıkmaktadır (Canbaz vd. 2005).

Araştırmamızda "hangi doğum şeklinin maliyeti fazladır" sorusuna hekimlerin tamamı, ebelerin ve hemşirelerin tamamına yakını sezaryen doğum olduğunu belirtmiş olup, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,448) (Tablo 6).

Duman (2006)'in araştırmasına katılan tüm sağlık çalışanları, sezaryen doğumun spontan vajinal doğuma göre maliyetinin daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Sezaryen doğumun maliyeti spontan vajinal doğum ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmekte ve bu nedenle de ekonomik düzeyi yüksek kadınlar tarafından daha fazla tercih edilmektedir (Kaymak 2017).

Oktay (2012)'in çalışmasında kadınların meslekleri ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya katılan, memur olan kadınların %75'i spontan vajinal doğum yaparken, savcı ve aile danışmanı olan kadınların %100'ü, öğretmenlerin ise %95,1'i sezaryen ile doğum yaptıkları belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınların, maliyeti yüksek olan sezaryen doğumu daha fazla tercih ettikleri sonucuna varılmıştır (Oktay 2012).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak sezaryenin maliyetinin daha fazla olduğu yönünde görüş birliği olduğu görülmektedir.

### **Tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe bağlı sezaryen doğum yapılmalı mı:**

Amerikan Kadın Doğumcular Birliğinin açıklamasında sezaryenlerin kesinlikle isteğe bağlı değil, tıbbi endikasyonlara bağlı olarak yapılması gerektiği bildirilmiştir (ACOG 2006).

Araştırma kapsamında "tıbbi endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen doğum yapılmalı mıdır" sorusuna; kadın hekimlerin %62,5'i (n=20), ebelerin %63,4'ü (n=52) ve kadın hemşirelerin %57,7'si (n=127) hayır cevabını vermiş olup hemşirelerin bu

görüŖe daha az oranda katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=1,29$ ,  $p=0,525$ ) (Tablo 6).

Duman (2006)'in araştırmasında da çalışma grubunun %57,6'sı tıbbi endikasyon olmadan sezaryen doğum gerçekleştirilmemesi yönünde görüş bildirmiştir.

Aksoy (2007)'un araştırmasına katılan hekim ve ebelerin spontan vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar hekimlerin %58,3'ünün, ebelerin ise %39,3'ünün sezaryen doğum ve hekimlerin %41,7'si, ebelerin ise %60,7'si spontan vajinal doğumu tercih etmiştir.

McGurgan vd. (2001)'nin çalışmasında, kadın doğum hekimlerinin sadece %7'si spontan vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken doğum yapacak olsalar kendileri ya da partnerleri için sezaryenle doğumu tercih edeceklerini bildirmiştir.

The National Women's Health Policy kadının doğurganlık seçimlerinde kontrol hakkı olduğunu vurgulamaktadır. İtalya'da da yasalarda bildirilen kadınların gebeliğin her döneminde ve doğum sırasında doğum yöntemine ve anestezi tipine karar verme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. International Federation of Gynecology and Obstetrics rehberinde ise sezaryen ile doğumun tıbbi nedenlerle uygulanmasının etik olduğu bildirilmiştir (Chen and Hancock 2012).

Çalışma bulgumuzun oranları çok yüksek olmamasına karşın International Federation of Gynecology and Obstetrics rehberi ile benzerlik göstermekte olup literatürde bu konuda farklı çalışma bulguları tespit edilmiştir.

### **Ailelerin doğum şeklini seçme özgürlüğü olmalı mı:**

Günümüzde kadın rolündeki değişimler, doğum eylemine aktif katkıda bulunan kadını ortaya çıkarılmıştır. Böylece kadın doğumla ilgili karar verme, ağrı kontrolünü isteme ya da reddetme, doğal yöntemleri seçme konularında daha bağımsız hareket etmeye başlamıştır (Kömürcü ve Gençalp 2002).

Çalışmamızda kadın hekimlerin %68,8'i (n=22), ebelerin %70,7'si (n=58) ve kadın hemşirelerin %77,3'ü (n=170) ailelerin doğum şeklini seçme özgürlüğünün



olması gerektiğini belirtmiş olup, bu görüşe en fazla hemşirelerin katıldığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=2,715$ ,  $p=0,607$ ) (Tablo 6).

Aksoy (2007)'un çalışmasında "ailelerin doğum şeklini seçme özgürlükleri olmalıdır" görüşüne ebelerin %84,5'i, hekimlerin ise %83,3'ünün kısmen ya da tamamen katıldıklarını belirtmiştir. "Ailelere sezaryen doğum şekli bir seçenek olarak sunulmalı" görüşüne katılımın hem ebe hem de hekim grubunda oranların azaldığı bildirilmiştir.

Gonen vd. (2002)'nin çalışmasında da, doğum uzmanlarının %45'inin kadınların sezaryen operasyonu seçme hakkının olması gerektiği görüşünü desteklediği saptanmıştır.

Etik açıdan bakıldığında kadının kendi otonomisine sahip olması yine günümüzde hasta hakları açısından da bu yetkisinin olmasından dolayı çalışmamızda da kadın hekim, ebe ve kadın hemşireler arasında bu açıdan farklılık olmadığı bulunmuştur. Çalışma bulgumuz literatürle de uyumludur.

### **Doğum şekline kim karar vermeli:**

Literatürde doğum şekline risk ve yarar dengesi gözetilerek anne adayları ile sağlık personelinin birlikte karar vermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Devenda and Arulkumara 2003).

Araştırmamız kapsamında "doğum şekline kim karar vermelidir" sorusuna kadın hekimlerin %71,9'u (n=23), ebelerin %56,1'i (n=46) ve kadın hemşirelerin %65'i (n=143) hekim, anne ve babanın birlikte karar vermesi gerektiğini belirtmiş olup, hekimlerin bu görüşe daha fazla katıldığı görülmektedir ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0,060$ ) (Tablo 6).

Gonen vd. (2002)'nin çalışmasında doğum şekline kadının izlemine yapan ebe veya hekim karar vermelidir görüşüne, hem ebe (%96,5), hem de hekim (%88,8) grubunun büyük çoğunluğunun kısmen ya da tamamen katıldığı saptanmıştır. Bir diğer ifade doğum şekline bireyin kendisi ya da ailesinin karar vermesinin

desteklenmesi veya bireyin yerine sağlık çalışanlarının karar vermesi durumları karşılaştırıldığında hem hekim hem de ebe grubunun yarı yarıya görüş ayrılığında oldukları bildirilmiştir.

Vatansever (2009)'in çalışmasında doğum şekline karar verecek kişi konusundaki düşünceler incelendiğinde, gebelerin %38,7'si hekimin, %25'i hekim tarafından bilgilendirildikten sonra anne ve babanın birlikte, %20,2'sinin anne ve sağlık çalışanlarının birlikte doğum şekline karar vermesi gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir.

Yaşar vd. (2007)'nin çalışmasında, doğum şekli tercihlerine etki eden kişiler sorgulandığında spontan vajinal doğumu tercih edenlerin %52,9'unun, sezaryen doğumu tercih edenlerin %45,1'inin tercihlerinde hekim tarafından ynlendirildiklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada hekimlerin doğum tercihlerine etkisi anlamlı olarak bulunmamıştır.

Çalışma bulgumuz diğer çalışmalardan farklı olarak en fazla oran doğum şekline hekim, anne ve baba birlikte karar vermesi yönünde belirtilmiştir.

### **Non-farmakolojik yöntemler ağrıyı azaltır mı:**

Doğum ağrısı, kadının hayatı boyunca yaşayacağı en şiddetli ağrı tiplerinden biridir (Jones 2012). Ağrının azaltılmasında kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin kullanımı günümüzde giderek artmaktadır. Literatürde doğum ağrısının kontrolünde; non-farmakolojik yöntemler doğum esnasında gebenin rahatlaması sağlamak ve doğum hakkındaki pozitif düşüncelerini desteklemek, ağrı ekmeği ve acıyı azaltması yönündeki düşünceler için önerilmektedir (Mucuk ve Başer 2009). Doğum ağrısını azaltmada kullanılan non-farmakolojik yöntemler arasında müzik dinlemek, yoga yapmak, akupunktur, akupressr, TENS, sıcak ve soğuk uygulamalar, aromaterapi ve masaj gösterilebilir (Mucuk ve Başer 2009, Tektaş vd. 2017). Bazı çalışmalarda ise, nonfarmakolojik yöntemlerden akupressr ve masajın algılanan ağrıyı (Kashanian and Shahali 2009, Hajiamini vd. 2012) ve annenin anksiyetesini azalttığı, müdahaleli doğum ve sezaryen oranlarını düşürdüğü belirtilmekte ve bu yöntemlerin kullanımı önerilmektedir (Kashanian and Shahali 2009).

Çalışmamızda kadın hekimlerin %75'i (n=24), ebelerin %54,6'sı (n=45) ve kadın hemşirelerin %46,8'i (n=103) spontan vajinal doğum tercihinde non-farmakolojik yöntemlerin ağrının en aza indirilmesinde etkili olduğunu belirtmiş olup; bu görüşe en fazla hekimlerin, en az hemşirelerin katıldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunamamıştır ( $\chi^2=11,549$ ,  $p=0,073$ ) (Tablo 6).

Aksoy (2007)'un çalışmasında spontan vajinal doğumda non-farmakolojik yöntemlerle ağrı en aza indirilebilirse kadınlar spontan vajinal doğumu tercih edeceklerdir görüşüne, ebelerin %97,6'sı, hekimlerin %80,6'sı kısmen ya da tamamen katılmaktadır.

Sezer-Yılmaz (2012)'in ebe/hemşirelerle yaptığı çalışmasında ebe/hemşirelerin %97'sinin non-farmakolojik yöntemlerin kullanılmasının doğum sırasında kadınlarda olumlu etkilerinin olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada gebenin ağrıyla başetmesini kolaylaştırarak, doğumu kolaylaştırdığı %21,3 oranında bulunmuştur. Sezer-Yılmaz (2012)'in ebe/hemşirelerin non-farmakolojik yöntemlerin ağrıyı en aza indirmesiyle ilgili görüşlerine bakıldığında ise grubun yarısından fazlasının bu görüşe orta düzeyde katıldığı, % 24'ünün ise oldukça etkili olarak belirttiklerini ifade etmiştir.

Doğumda kadının yaşayacağını düşündüğü en önemli sorun ağrı çekme ve bununla baş edememe korkusudur. Kadınlar ağrı çekme korkusu nedeni ile sezaryen isteğinde bulunmaktadır (Saisto and Halmesmaki 2003). Güngör vd. (2004)'nin çalışmasında, kadınları sezaryen doğuma yönlendiren kişisel nedenlerinin başında spontan vajinal doğumdan korkma ve ağrı olduğunu saptamıştır.

Çeşitli çalışmalarda da doğum ağrısının en aza indirilebilmesi için kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin ağrıyı azalttığı, gebenin sağlık ekibine yardımcı olarak doğum eylemine uyumunu kolaylaştırdığı, stres, endişe ve korku duygularını kontrol altında tuttuğu ifade edilmiştir (Khodakarami vd. 2005, Kashanian and Shahali 2009).

Günümüzde bireyin doğum eylemi sırasında ağrı çekmeme hakkı vardır ve bu durum tıpta yeni gelişmelere yol açmıştır. Non-farmakolojik yöntemlerle ilgili yönetmelik mevcuttur ve hekimlere yetki verilmiştir; fakat travay ve doğum sırasında gebeyi rahatlatmak için çok önemli olan nefes, gevşeme, masaj gibi uygulamaları ebe

ve hemşireler kullanmaktadır. Bu yüzden non-farmakolojik yöntemlerin ağrıyı azaltacağına inançlarının daha fazla olması beklenmektedir. Bu çıkan sonuç ise bize hem bilgi açığı olduğunu; hemde ebe ve hemşirelerin mevcut yönetmelikte yetkilendirilmedikleri için uygulama yapmakta çekinceleri olduğunu düşündürebilir.

#### **Alternatif doğum teknikleri spontan vajinal doğum tercihlerini etkiler mi:**

Çalışmamızda kadın hekimlerin %68,8'i (n=22), ebelerin %65,9'u (n=54) ve kadın hemşirelerin %54,5'i (n=120) alternatif doğum tekniklerinin seçenek olarak sunulmasının spontan vajinal doğum tercihlerini etkileyeceğini belirtmiş olup, en fazla hekimlerin en az ise hemşirelerin bu görüşe katıldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=8,972$ ,  $p=0,175$ ) (Tablo 6).

Aksoy (2007)'un çalışmasında "sezaryendeki artış hekim ve ebelerin alternatif doğum teknikleri (lamaze, suda vb.) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir" görüşüne, ebelerin %53,6'sı, hekimlerin %47,2'si katılmadığını ifade etmiştir. Buna karşın alternatif doğum teknikleri (lamaze, suda vb.) kadınlara bir seçenek olarak sunulmuyor görüşüne ebelerin %90,5'inin, hekimlerin ise %88,9'unun kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmesi dikkat çekici bir bulgudur. Araştırmaya katılan hekim ve ebelerin yarıya yakınının alternatif doğum tekniklerini (lamaze, suda vb.) bilindiğini savunması, buna karşın araştırmaya katılan her dört kişiden üçünün bu tekniklerin kadınlara sunulmadığını ifade etmesi sağlık çalışanlarının eğitici ve danışmanlık rollerini etkili kullanmadıklarını gösterebileceğini bildirmiştir.

Çalışma bulgularımız Aksoy (2007)'un çalışmasıyla kısmen benzerlik göstermektedir. Alternatif doğum tekniklerinin sunulması spontan vajinal doğum tercihlerini arttırabilceği görüşü vardır. Fakat alternatif doğum tekniklerinin kadınlara seçenek olarak sunulmaması bunu engellediği sonucuna varılabilir.

### **Hekim ve ebelerin doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri doğum tercihlerini etkiler mi:**

Çalışma kapsamında kadın hekimlerin %90,6'sı (n=29), ebelerin %97,6'sı (n=80) ve kadın hemşirelerin %82,3'ü (n=181) hekim ve ebelerin spontan vajinal doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri doğum tercihlerini etkileyeceğini belirtmiş olup, bu görüşe en fazla ebelerin katıldığı görülmektedir. Meslekler ile hekim ve ebelerin doğum hakkında bilgi verip desteklemelerinin spontan vajinal doğum tercihlerine etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,012) (Tablo 6).

Aksoy (2007)'un araştırmasında, "hekim ve ebelerin kadınlara spontan vajinal doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri sezaryen oranlarını azaltacaktır" görüşüne, ebelerin %94'ü, hekimlerin ise %80,6'sı kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmiştir.

Güngör vd. (2004), Gamble and Creedy (2007)'in çalışmalarında ise, kadınların kendi isteği ile sezaryen doğumu seçmelerinin nedenleri arasında gebelerin doğum hakkında yeterli bir şekilde bilgilendirilmemeleri ve bu nedenden dolayı da doğum ağrısı çekmekten ve doğumhaneden korkmalarının olduğunu saptandığını ifade etmiştir.

Doğum, kadın için normal ve doğal olsa da bilgilendirilmemiş ve kendini doğuma hazır hissetmeyen kadın için zor bir olaydır. Eğer kadınlar doğuma bilinçli hazırlanmazsa doğum hakkında medya, sosyal çevre vb. öğrendikleri ile doğuma korku ile yaklaşacaklardır. Bilgilendirilmiş kadın, doğumda daha bilinçli ve aktif olarak rol oynayacaktır. Bilgi, kendine güven, doğumda rahat olmayı ve gevşemeyi bilme, nefes alma teknikleriyle gebenin doğum sırasında bilinçli ve aktif bir şekilde rol oynayacak, kendisini doğum ekibinin bir parçası gibi hissedecektir. Doğum öncesi bilgilendirilen bir kadın ne olacağını bilmeden beklemek yerine, doğum ekibi ile uyumlu bir şekilde kendine düşen görevleri yerine getirecektir. Doğum sırasında anne, hekim ve ebe bir ekiptir ve birbirlerini tamamlamaları gerekir (Vural ve Erenel Şentürk 2017).

Çalışma sonucumuzda literatürle uyumludur.

### **Sezaryen doğum yaptıktan sonra kişi vajinal doğum yapabilir mi:**

ACOG (2010) yılında "sezaryen doğumunu alt segment transvers kesi ile yapan kadınlar SSVD için uygundur ve spontan vajinal doğum önerilebilir" şeklinde bülten yayınlamıştır.

Araştırmamızda kadın hekimlerin %59,4'ü (n=19), ebelerin %65,9'u (n=54) ve kadın hemşirelerin %38,1'i (n=84) sezaryen doğum yaptıktan sonra kişinin vajinal doğum yapabileceğini bildirmiştir. Buna göre kadın hemşirelerin, kadın hekim ve ebelerden daha düşük oranda bu görüşe katıldığı görülmektedir. Meslekler ile sezaryenden sonra vajinal doğum yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=26,872$ ,  $p=0,001$ ) (Tablo 6).

Gözükara vd. (2016)'nin sağlık çalışanlarının SSVD hakkındaki bilgi durumlarını ölçmeye yönelik yaptığı anket çalışmasında, %72'si SSVD yapılabilir şeklinde cevaplamıştır. Diğer bir şekilde bakıldığında ise sağlık çalışanları bile olsalar yaklaşık %30 oranlarında SSVD yapılamayacağı cevabı alınmıştır. Hekimler arasında bu oran düşüde olumsuz cevapların varlığı görülmektedir. Bu çalışmada meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar izlenmemiştir.

Yanikkerem ve Çimen (2017)'nin hemşirelerin doğum yöntemleri ve SSVD'ye bakış açıları ile ilgili 228 hemşireyle yaptığı çalışmada hemşirelerin yaklaşık üç kişiden biri (%32,5) SSVD'nin anne ve bebek için yararlı olmayacağını ifade etmiştir. Hemşirelerin %55,7'si SSVD'nin kadınlara önerilmesi gerektiğini ve %64,5'i ise SSVD'nin artan sezaryen oranlarını düşürmek için önemli bir alternatif olduğunu düşündükleri belirtilmiştir.

Wells (2010)'in Dallas'ta yaptığı çalışmasında hekimlerin %52'sinin gebelerine SSVD'yi önerdiği ve anne-bebek güvenliği özellikle uterus rüptürü riskinin varlığı SSVD'nin denenmesinde ve sürdürülmesinde engel teşkil ettiğini belirtmiştir. Doret vd. (2010)'nin Fransa'da yaptığı çalışmada ise kadın doğum uzmanlarının tamamı önceden bir kez sezaryen olan gebeye SSVD'yi önerdiği, %23,8'inin ise ikinci kez sezaryen olan gebelere SSVD'yi önerdiği saptanmıştır.

Ridley vd. (2010)'nin çalışmasında, sağlık çalışanlarının SSVD'nin avantaj ve dezavantajları hakkında gebeleri bilgilendirmeleri ve tercih ettikleri doğum yöntemi konusunda gebeleri desteklenmeleri gerektiği bildirilmiştir.

Nilsson vd. (2015)'nin SSVD yapan 22 kadınla yaptıkları nitel çalışmada doğum öncesi bilgi alma, ebe ve kadın doğum uzmanlarının doğum sırasında destekleyici bakım vermeleri, SSVD'nin anne ve bebek için yararlarını bilme gibi etkenlerin SSVD'nin başarısını etkilediğini bulmuştur. Bir başka çalışmada ise kadın doğum uzmanları tarafından prenatal dönemde verilen eğitimle SSVD oranını %38'e yükselttiği bildirilmiştir (Wong et al. 2014).

Ovalı-Yıldızoğlu ve Durgun-Babadağlı (2002)'nin araştırmalarında SSVD yapılamayacağını bildirenlerin oranı %56,6'dır. Gebelerin %15,4'ü SSVD'nin yurtdışında uygulandığını duyduklarını ve kendi doktorları önerdiğinde yapabileceklerini belirtmiştir.

Araştırmamıza göre ebelerin, kadın hekim ve kadın hemşirelere göre daha yüksek oranda SSVD yapılabilirliğini düşünmeleri; fakat SSVD'yi kendi yapmaları konusunda isteksiz oldukları görülmektedir. Bu yüzden SSVD konusunda sağlık çalışanları bilgilendirilmeli; çünkü SSVD'nin yapılabilirliğini henüz sağlık çalışanlarının yarısının kabul etmediği görülmektedir. Gebelere ise kadın doğum uzmanları, ebeler ve hemşireler tarafından prenatal dönem boyunca doğum yöntemleri ve özellikle SSVD hakkında eğitim ve danışmanlık verilerek artan sezaryen oranlarının düşürülmesi ve elektif sezaryenlere bağlı riskleri azaltmada önemli yer tutmaktadır. Çalışmamız literatürle uyumluluk göstermektedir.

#### **5.6. Sadece Spontan Vajinal Doğum ve Sadece Sezaryen Doğum Yapanların Doğum ile İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

##### **Tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmalı mı:**

Sadece spontan vajinal doğum yapanların %73,6'sı (n=64), sadece sezaryen doğum yapanların %56,7'si (n=72) tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmaması gerektiğini belirtmiştir. Eğer kadınlar spontan vajinal doğumda olumlu

deneyimler yaşanırse sezaryene sıcak bakmadığı görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=6,344$ ,  $p=0,012$ ) (Tablo 8).

Yanikkerem ve Çimen (2017)'in çalışmasında hemşirelerin %57,9'u isteğe bağlı sezaryen doğum yapmanın, spontan vajinal doğuma göre daha güvenilir olduğuna inanmaktadır.

Kadınların kendi istekleri doğrultusunda sezaryen doğum gerçekleştirme oranlarının fazla olduğu görülmektedir. Literatürde de kadınların kendi istekleriyle sezaryen olması sezaryen oranlarındaki başlıca artışın sebebi olarak bulunmuştur (Hildingsson vd. 2002, İnceç vd. 2004). Balcı-Gökdağ (2016)'ın çalışmasında kadınları %15,4'ü tıbbi endikasyon yokken kendi istekleriyle, %32'si spontan vajinal doğum ağrılarının korktukları için sezaryen doğumu tercih ettikleri görülmektedir.

Literatürle çalışmamızın bulguları benzerlik göstermemektedir.

#### **Zorunluluk durumu olmadığında doğum şekli tercihi:**

Araştırmamız kapsamında sadece spontan vajinal doğum yapanların %93,1'i (n=81), sadece sezaryen doğum yapanların %50,4'ü (n=64) zorunluluk durumu olmadığında spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. Sadece spontan vajinal doğum yapanların, sadece sezaryen doğum yapanlara göre daha fazla oranda spontan vajinal doğumu tercih ettikleri görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=43,110$ ,  $p=0,0001$ ) (Tablo 8).

Çakmak vd. (2014)'nin çalışmasında katılımcıların daha önceki doğum şekillerine göre sezaryen ile doğum hakkındaki düşünceleri incelendiğinde tüm gruplar sezaryenin tıbbi zorunluluk durumlarında yapılması gerektiğini bildirmiştir. Çalışmada katılımcıların çoğunluğu (% 69,6)'sı tıbbi zorunluluk durumunda sezaryen yapılmalı cevabını vermiştir.

Oktay (2012)'in 800 kadınla yaptığı çalışmada kadınların doğum şekli seçimlerinde etkili olan ilk nedeninin hekimin, anne ve bebeğin sağlığının spontan vajinal doğum için uygun olmadığı söylemesi nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir. Çalışmaya katılan %19,5 oranında kadının doğum şekillerinin



belirlenmesinde zorunluluk durumu olduğu için sezaryen doğum tercih edildiği bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda zorunluluk durumu olmadığında spontan vajinal doğumun ilk seçenek olarak tercih edilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır. Çalışma bulgumuz literatürle uyumludur.

### **Doğuma hazırlık eğitimi:**

Ülkemizde verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin içeriklerini incelediğimizde; üreme sisteminin anatomi ve fizyolojisi, fetal büyüme ve gelişme, doğum öncesi dönemde egzersizler, gebelikte cinsel yaşam, gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bebeğin büyüme ve gelişimi, gebelikte yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı, fetüs için teratojenik etkenler, gebelikte öz bakım, doğumun başlangıç belirtileri, eşin/partnerin ya da yardım eden kişinin eğitimi, doğum eylemindeki uygulamalar, emzirme, yenidoğan bakımı (fiziksel ve ruhsal), aile planlaması, ebeveynliğe geçiş, aile içi roller, aile sağlığını yükseltme ve cinsellik gibi konular yer almaktadır (Kızılkaya-Beji ve Dişsiz 2015).

Çalışmamızda sadece spontan vajinal doğum yapanların %71,3'ü (n=62), sadece sezaryen doğum yapanların %70,9'u (n=90) doğuma hazırlık eğitimi almadıklarını ve almak istemediklerini belirtmiştir. İki grup arasındaki oranların birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0,004$ ,  $p=0,950$ ) (Tablo 8).

Doğuma hazırlık eğitimlerinin yararı doğum tercihlerinin spontan vajinal doğum yönünde olmasıdır ve bu sonuç çalışmalarla desteklenmektedir (Fabian 2005, Serçekuş vd. 2016, Mete vd. 2017). Fakat tersine Güngör vd. (2004)'ün çalışmasında doğuma hazırlık sınıfına katılma, gebelik ve doğum ile ilgili kaynakları okumak (kitap, dergi vb.), sağlık çalışanlarından bilgi alma sezaryen doğum yapanlarda, spontan vajinal doğum yapanlara göre fazla bulunduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda sağlık çalışanların çoğunluğu doğuma hazırlık sınıflarına katılmadıklarını belirtmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili farklı çalışma bulguları tespit edilmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Kastamonu il merkezinde çalışan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekillerini ve spontan vajinal doğuma bakış açılarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan 334 sağlık çalışanı arasında, 32 kadın hekimin yaş aralığı 25-64 arasında olup yaş ortalaması  $36,7 \pm 7,2$ ; 82 ebeinin yaş aralığı 24-50 yaş arasında olup yaş ortalaması  $38,2 \pm 7,3$  ve 220 kadın hemşirenin yaş aralığı 17-56 yaş arasında olup yaş ortalaması  $32,1 \pm 8,7$ 'dir. Çalışma grubunun yaş ortalaması ise  $34,1 \pm 8,6$  olduğu görülmüştür.

Doğum yapmış 229 sağlık çalışanının önceki doğum şekilleri incelendiğinde; kadın hekimlerin %90,9'unun (n=20), ebelerin %49,2'sinin (n=32), kadın hemşirelerin %52,8'inin (n=75) sadece sezaryen doğum yaptıkları saptanmıştır.

Doğum yapmış 229 sağlık çalışanının son doğum şekillerine baktığımızda; kadın hekimlerin %90,9'unun (n=20), ebelerin %58,5'inin (n=38) ve kadın hemşirelerin %59,2'sinin (n=84) sezaryenle doğum yaptıkları saptanmıştır.

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; kadın hekimlerin tamamının (n=2), ebelerin %92,6'sının (n=25) ve kadın hemşirelerin %87,9'unun (n=51) kendi istekleriyle spontan vajinal doğumu tercih ettikleri görülmüştür.

Son doğum şekli spontan vajinal doğum olan sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak isterlerse tercih edecekleri doğum şekline bakıldığında; kadın hekimlerin tamamı (n=2), ebelerin %77,8'i (n=21) ve kadın hemşirelerin %62,1'i (n=36) spontan vajinal doğumu tercih etmiştir.

Son doğum şekli sezaryen olan kadın hekim, ebe ve kadın hemşirelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; kadın hekimlerin %75'i (n=15),

ebelerin %65,8'i (n=25) ve kadın hemşirelerin %50'si (n=42) tıbbi endikasyon sebebiyle sezaryen doğumu tercih ettikleri saptanmıştır.

Son doğum şekli sezaryen olan sağlık çalışanlarının tekrar gebe kalmak isterlerse tercih edecekleri doğum şekillerine baktığımızda; kadın hekimlerin %91,7'si (n=11), ebelerin tamamı (n=11) ve kadın hemşirelerin %90,7'si (n=39) sezaryen doğumu tercih edecekleri saptanmıştır.

Hiç doğum yapmayan kadın hekimlerin %70'inin (n=7), ebelerin %53'ünün (n=9)'ü ve kadın hemşirelerin %57,7'sinin (n=45) spontan vajinal doğumu tercih edecekleri saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin %75'i (n=24), ebelerin %68,3'ü (n=56) ve kadın hemşirelerin %73,6'sı (n=162) en güvenilir doğum şeklinin spontan vajinal doğum olduğunu belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak farklılık bulunmamasına karşın kadın hekim ve kadın hemşirelerin bu görüşe ebelerden daha fazla katıldığı görülmektedir ( $\chi^2=1,001$ ,  $p=0,91$ ).

"Tıbbi endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen doğum yapılmalı mıdır" sorusuna; kadın hekimlerin %62,5'i (n=20), ebelerin %63,4'ü (n=52) ve kadın hemşirelerin %57,7'si (n=127) hayır cevabını vermiş olup kadın hemşirelerin bu görüşe daha az oranda katılmasıyla birlikte sağlık çalışanlarından beklenen oranlardan daha az hayır cevabı verdikleri görülmektedir ( $\chi^2=0,928$ ,  $p=0,629$ ).

Kadın hekimlerin %75'i (n=24), ebelerin %54,6'sı (n=45) ve kadın hemşirelerin %46,8'i (n=103) spontan vajinal doğum tercihinde non-farmakolojik yöntemlerin ağrının en aza indirilmesinde etkili olduğunu belirtmiş olup bu görüşe en fazla hekimlerin, en az hemşirelerin katıldığı görülmektedir. Non-farmakolojik yöntemleri uygulayan kişiler ebe ve hemşireler olmasına rağmen non-farmakolojik yöntemlerin ağrıyı azaltacağı yönünde inançlarının olmadığı görülmekte ve sağlık çalışanlarının bununla ilgili bilgi eksikliklerinin olduğunu düşündürmektedir ( $\chi^2=11,549$ ,  $p=0,073$ ).

Araştırmamızda kadın hekimlerin %59,4'ü (n=19), ebelerin %65,9'u (n=54) ve kadın hemşirelerin %38,1'i (n=84) sezaryen doğum yaptıktan sonra kişinin vajinal

doğum yapabileceği saptanmıştır. Buna göre kadın hemşirelerin, kadın hekim ve ebelerden daha düşük oranda bu görüşe katıldığı görülmektedir ( $\chi^2=26,872$ ,  $p=0,001$ ).

Sadece spontan vajinal doğum yapanların %73,6'sı ( $n=64$ ), sadece sezaryen doğum yapanların %56,7'si ( $n=72$ ) tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmaması gerektiğini belirtmiştir. Eğer kadınlar spontan vajinal doğumda olumlu deneyimler yaşadıklarında sezaryene sıcak bakmadığı görülmektedir ( $\chi^2=6,344$ ,  $p=0,012$ ).

Sadece spontan vajinal doğum yapanların %93,1'i ( $n=81$ ), sadece sezaryen doğum yapanların %50,4'ü ( $n=64$ ) zorunluluk durumu olmadığında spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. Sadece spontan vajinal doğum yapanların, sadece sezaryen doğum yapanlara göre daha fazla spontan vajinal doğumu tercih ettikleri görülmektedir ( $\chi^2=43,110$ ,  $p=0,0001$ ).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Çalışmada doğum ile ilgili önemli bilgi eksikliklerin olduğu saptanmış olup bu eksikliklerin giderilebilmesi için herkesin standart doğuma hazırlık eğitimine alınması,
- Bütün sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğum ile ilgili farkındalığının artırılması için lisans müfredatında doğuma hazırlık eğitimlerine yer verilmesi,
- Sağlık çalışanı bile olsalar doğum korkularının olduğunu farketmeleri sağlanmalı bunun için lisans eğitimleri sırasında seçmeli ders olarak drama dersi verilmesini bu sayede doğum korkularının ortaya çıkarılmasının sağlanması,
- Özellikle hiç doğum yapmamış sağlık çalışanlarının spontan vajinal doğum ile ilgili algılarının neden bozulduğu konusunda daha açıklayıcı çalışmalar yapılması,

- Hizmet içi eğitimlerle özellikle doğuma hizmet eden hekim, ebe ve hemşirelerin doğum ile ilgili bilgilerinin güncellenmesi,
- Gebe eğitimlerinin yöneticilerinin ebeler olması, bu şekilde gebeliğe ve doğum sonu döneme uyum sağlayabilmeleri için kadının aynı ebe tarafından takibinin yapılması ve gebelerin bireysel eğitimlerle bilgi eksikliklerinin giderilmesinin sağlanması,
- Spontan vajinal doğumu tercih etmeme nedenleri ile ilgili sağlık çalışanlarını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması,
- Sağlık çalışanlarının çoğu sezaryen tercih nedeni olarak "tıbbi endikasyon" cevabı vermişlerdir. Bu tıbbi endikasyonların neler olduğunun araştırılması,
- Özellikle ebe ve hemşirelerin non-farmakolojik yöntemler ile ilgili bilgi açığı olduğu ve bu konuda çalışmaların yapılması,
- Bu konuyla ilgili daha fazla sağlık çalışanının katılımıyla çok merkezli ve niteliksel çalışma yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M. (2001). Sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 11; 224-227.
- Aksoy Y. (2007). Doğum Alanında Çalışan Hekim ve Ebelerin Doğum Şekillerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard. Doç. Dr. H Güler).
- Aktaş D, Gökğöz N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* (1-2-3), 65-68.
- Aktaş N, Karaçam Z. (2017). Doğum sonrası yorgunluk, kadının özbakım gücü ve ilişkili faktörler. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(3): 186-196.
- Aktaş S, Erkek-Yılar Z. (2018). Annelerin Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel Araştırma Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 112-125
- Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. (2011). Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. *JOPP Dergisi*, 3(2), 55-63.
- Alptekin-Büyükkaya B. (2015). Multipar ve Nullipar Gebeliklerde Sezaryen Endikasyonlarının Robson Sınıflaması ile Değerlendirilmesi. S.B. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Klinik Şefi: Doç. Dr. A Gedikbaşı).
- Altuntaş H, Dansuk R., Köse O. (2013). Sezaryen oranlarının çeşitli değişkenlere bağlı olarak değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(2): 1-7.
- Altuntuğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. (2010). Vajinal Doğumlarda Perine Travmasının Önlenmesinde Perine Masajının Etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(3).
- Amanak K, Karaçam Z. (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 28(1): 17-22.
- 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*, 113:1253-1258.
- Arıkan DC, Özer A, Arıkan I, Coskun A, Kıran H. (2011). Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet.*, 284: 543-549.
- Arjun G. (2008). Caesarean section: Evaluation, guidelines and recommendations. *Indian Journal of Medical Ethics*, 5(3): 117-120.

- 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.
- Aslam MF, Gilmour KR, Fawdry DS, (2003). Who wants a caesarean section? A study of woman's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4): 364-66.
- Aslan A. (2016). Ameliyathane görev yapan kadın anestezi çalışanlarının doğum yöntemi tercihlerinin ameliyathane dışında görev yapan kadın sağlık çalışanlarıyla karşılaştırılması. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Trabzon, (Danışman: Prof. Dr. E Ertürk).
- Aslan Ş, Okumuş F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1): 32-40.
- Aslan Y, Kader Ş, Mutlu M, Sarıaydın M, Aran T, Alver A, Kahraman C. (2016). "The effect of delivery type on uncoupling protein-2 levels". *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29: 2940-2943.
- Atan-Ünsal Ş, Duran-Taşçı E, Kavlak O, Dönmez S, Sevil Ü. (2013). Spontaneous vaginal delivery or caesarean section? What do Turkish women think? *Int J Nurs Pract*, 19: 1-7.
- Ateşer G, Öz İ, Sardarlı Ş, Aydın Sivri D, Boran BA. (2017). Has Delivery Method any Influence on the Postpartum Mood of the Mother? Postpartum SCL-90-R, *İstanbul Med J*, 18: 62-67.
- Ayaz NP. (2011). İlk Kez Sezaryen Olan Hastalar ile Mükerrer Sezaryen Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Doç. Dr. A Narıcı).
- Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. (2005). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2): 91-96.
- Balcı-Gökdağ E. (2016). Sezaryen Doğumlarında Kullanılan Anestezi Yöntemlerinin, Annenin ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönem Konforuna ve Uyumuna Etkileri. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ü Yeşiltepe Oskay).
- Bal-Demirgöz M, Yılmaz-Dereli S, Kızılkaya-Beji N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2): 139-146. ISSN 2147-4923.
- Başar F, Sağlam-Yeşildere H. (2018). Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8 (1): 59-74.
- Başgöl Ş, Kızılkaya-Beji N. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 32-39.
- Başkaya Y, Sayiner FD. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *HSP*, 5(1): 113-119.

- BeatrizVelho M, Atherinodos-Santos EK, Brüggemann OB, Camargo BV. (2012). Experience with vaginal birth versus cesarean child birth: Integrative review of women's perceptions. *Text Context Nursing*, 21(2): 458-466.
- Beiranvand SP, Moghadam ZB, Salsali M, Majd HA, Birjandi M, Khalesi ZB. (2017). Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study. *Shiraz E-Med Journal*, 18(11): e61896.
- Beşer E, Ergin F, Sönmez A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2): 137-141.
- Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11(2): e0148343.
- Biçer H, Kızılay S, Akay K, Abalı-Bakılan F, Talay Alıcı N. (2016). İlk Otuz Dakika. 2. Gebelik ve Doğum Kongresi. Poster Bildiri. s.20.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. (2008). Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28: 487-493.
- Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 25 (3): 126-130.
- Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AYK, Bektas E, Unal O, et al. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *J Obstet Gynaecol*,30:155–158.
- Canbal M, Ak M, Yılmaz A, Palancı Y. (2014). Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(2): 319-325.
- Canbaz S, Sünter T, Süren C. vd. (2005). Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6:39-44
- Carley ME, Turner RJ, Scott DE, Alexander JM. (1999). Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 6: 85-89.
- Ceylantekin Y. (2006). Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Doç. Dr. M Yilmazer).
- Chen CH, Wang SY, Chang MY. (2001). Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth*, 28(3): 180-185.
- Chen MM, Hancock H. (2012). Women's knowledge of options for birth after caesarean section. *Women and Birth*, 25(3):e19-e26.
- Chong ESY, Mongelli M. (2003). Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries, *Int. J of Gynecology and Obstetrics*, 80: 189-194.



- 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(4): 217-221.
- Çağlayan-Kıyak E, Kara M, Gürel-Cihan Y. (2010). Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 27:50-53.
- Çağlayan-Kıyak E, Kara M, Gürel-Cihan Y. (2011). Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 7: 65-68.
- Çaka-Yalnızoğlu S, Topal S, Altınkaynak S. (2017). Anne Sütü ile Beslenmede Karşılaşılan Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics*, 3(2): 120-128.
- Çakır D, Alparslan Ö. (2018). Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(2):139-147.
- Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. (2014). Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 19(3): 122-125.
- Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. (2016). Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*,19(2).
- Çetinbaş A. (2017). Mikrobiyota. *Euras J Fam Med*, 6(2): 51-56.
- Çetişli-Egelioglu N, Arkan G, Top ED. (2016). Erken Postpartum Dönemde Doğum Şekline Göre Maternal Bağlanma ve Emzirme Davranışları. 2. Ege Gebelik ve Doğum Kongresi. Poster Bildiri. s:70.
- Çevik-Akköz S, Başer M. (2016). The effect of gum chewing on bowel sounds, passing intestinal gas and early discharge from hospital in early post-caesarean period: A systematic review. *International Journal of Education and Research*, 4(1): 2411-5681.
- Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hındın MJ. (2009). Preference of ghanaiian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Medical Journal*, 43(1): 29-33.
- Devenda K, Arulkumara S. (2003). Should Doctors Perform an Elective Caserean Section on Request, *Amerikan Academy Medical Singapore*, 32(5): 557-582.
- Dikmen S, Çetin-Aslan B, Gedikbaşı A, Kıyak H, Köroğlu N. (2017). The outcomes of xtending uterine incision transversely or cephalocaudally in patients with previous cesarean section: A prospective randomized controlled study. *Perinatal Journal*, 25(1): 1-5.
- Dinç A, Özer S. (2016). Anne Bebek Bağlanmasında Ebenin Rolü. 2. Ege Gebelik ve Doğum Kongresi. Poster Bildiri; s:18
- Doğaner G, Doğaner A, Duran Ö, Tuna M, Tezcan Ş, Turan G. (2013). Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin doğum şekli tercihlerine yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*: 10(1): 31-36.

- Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, Magris M, Hidalgo G, Fierer N, Knight R. (2010). Delivery mode shapes the Acquisition and structure of the initial microbiotaa cross multiple body Habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci USA*, 107:11971-5.
- Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S.(2003). Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery? *Birth*, 30(2): 89-93.
- Doret M, Touzet S, Bourdy S, Gaucherand P. (2010). Vaginal birth after two previous c-sections: obstetricians–gynaecologists opinions and practice patterns. *J Matern Fetal Neonatal Med*,23(12):1487-1492.
- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. (2004). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve Dünyada güncel nedir? *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*,7: 113-117.
- Dönmez S, Sevil Ü. (2009). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.
- Duman Z, Nadirgil G, Kırşahin F, Coşar E, Dağistan TA, Aral İ. (2007). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji Dergisi*, 15: 7-11.
- Duman Z. (2006). Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen ile İlgili Düşünceleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Köken).
- Duman-Büyükkayacı N, Karataş N. (2012). The effect of home care services on maternal health after cesarean delivery in Turkey. *Journal of Nursing Education and Practice*, November. 4(2).
- Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N, Lembet A, Bağış T, Zeyneloğlu HB. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği Üzerine Prospektif Bir Randonimize Çalışma. *T Klin Jineköl Obst*, 12(1):16-19.
- Duran Taşçı E, Atan Ünsal Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3).
- Durmaz A, Buğdaycı R. (2013). Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*, 11(2): 72-85.
- Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. (2011). 2 Hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4); 385-393.
- Dündar C, Kaynar E, Pekşen Y. (2005). Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4): 243-246.
- Emmett CL, Murphy DJ, Patel RR, Fahey T, Jones C, Ricketts W. et. al. (2007). Decision-making about mode of delivery after previous caesarean section: development and piloting of two computer-based decision aids. *Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 10: 161–172.

- Erciyes Ü. (2016). Vajinal Doğum Yapan Lohusaların Gebelik ve Doğum Deneyimleri ve Doğum Şekline İlişkin Düşünceleri. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. F OKUMUŞ).
- Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. (2006). Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi*. 33(4): 227-230.
- Erenel-Şentürk A, Aksu-Pelit S. (2017). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Neden ve Hangi Koşullarda? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 235-242
- Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26-34.
- Ertem G, Koçer A. (2008). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. *Dirim Tıp Gazetesi*, 82: 1-5.
- Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(5):436-443.
- Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1): 239-246.
- Fontein Y. (2010). The comparison of birth outcomes and birth experiences of low-risk women in different sized midwifery practices in the Netherlands. *Women and Birth*, 23: 103-110.
- Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. (2009). Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol*. 200(1):48.e1-48.e8.
- Galotti KM, Pierce B, Reimer RL, Luckner AE. (2000). Midwife or doctor: A study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(4): 320-329.
- Gamble J, Creedy D. (2007). Elective Caesarean Section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*, 34:65-79.
- Gamgam H, Altunkaynak B. (2013). Parametrik Olmayan Yöntemler. Seçkin Yayıncılık. 5. Baskı.
- Ghotbi F, Sene AA, Azargashb E, Shiva F, Mohtadi M, Zadehmodares S. et al. (2014). Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. doi:10.1111/jog.12335.
- Gibbons L, Belizan JB, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. (2010). The Global Numbers and Costs Of Additionlly Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report, Back Ground Paper*, 30: 1-30.
- Gonen R, Tamir A, Degani S. (2002). Obstetricians opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 99(4): 577-580.

- 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.
- Gözükara F. (2006). Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. K Eroğlu).
- Gözükara İ, Karapınar O, Hakverdi AU, Kurt R., Demirkıran G. (2016). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Sağlık Çalışanlarında Bir Anket Çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(4); 151-153.
- Grosetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus M. (2007). Rupture of the scarred uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(5): 572-578.
- Guisse JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M. (2004). Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ*, Volume; 329: 1-7.
- Gül N. (2008). Normal Doğum ve Sezaryen Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. N SÜER).
- Güler SE, Yanikkerem E. (2018). Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri. *STED*, 27(1): 27-36.
- Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. (2006). Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Dergisi*, 3(4): 249-254.
- Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahçıvan Özkan N. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13: 53-56.
- Güzel M. (2014). Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi, Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, (Danışman: Prof. Dr. MA KURÇER).
- Hajiamini Z, Masaoud SN, Ebadi A, Mahbounh A. (2012). Comparing The Effects of Ice Massage and Acupressure on Labour Pain Reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 18: 169-172.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. (2005). Outcomes of Routine Episiotomy A Systematic Review. *JAMA*, 293(17): 2141-2148
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*; 4: CD004667.

- Herguner S, Çiçek E, Annagur A, Herguner A, Ors R. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27:15-20.
- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean delivery. *BJOG*,109(6): 618-623.
- Hofmeyr GJ. (2005). Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 19(1):103-15.
- Höbek-Akarsu R, Mucuk S. (2014). Turkish women's opinions about cesarean delivery. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(6): 1308-1313.
- Husslein P. (2001). Elective caesarean section versus vajinal delivery. Whither the and of Traditional Obstetrics, 4: 169-174.
- İngeç M, Kumtepe Y, Özdiller O, Çoşgun S, Kadanalı S. (2004). Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 14: 96-100.
- İnternet: Caesarean Birth Task Force Report (2008). [http://www.powertopush.ca/wpcontent/uploads/2010/05/CBTF\\_REPORT.pdf](http://www.powertopush.ca/wpcontent/uploads/2010/05/CBTF_REPORT.pdf). (Erişim Tarihi: 06.03.2018)
- İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/data/TNSA-2013\\_ana\\_Raportr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/data/TNSA-2013_ana_Raportr.pdf). (Erişim Tarihi: 16.06.2018).
- İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Raportr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Raportr.pdf). (Erişim Tarihi: 16.06.2018).
- İnternet: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2014.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf). (Erişim Tarihi: 19.03.2018).
- İnternet: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara 2017. <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>. (Erişim Tarihi: 16.06.2018).
- İnternet: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2010. URL: <https://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11554/saglikta-performans-ve-kalite-yonergesi.html>. (Erişim Tarihi: 25.03.2018)
- İnternet: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf>. (Erişim Tarih: 07.04.2018).
- İnternet: WHO- "World Health Statistics (2014)". Erişim Adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua). (Erişim tarihi:10.06.2018)
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavanta T, Neilson JP. (2012). Pain Management for Women in Labour: an Overview of

- Systematic Reviews (Review). The Cochrane Library. Lowe, N.K. (2002). The Nature of Labor Pain. *Americal Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5): 16-24.
- Kalaycı Ş. (2018). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Dinamik Akademi Yayın Dağıtım. ISBN: 6051221533. 1. Baskı.
- Kaplanoğlu M. (2014). Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4): 624-636.
- Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. (2017). Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4): 158-163.
- Karabulutlu Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20: 210-218.
- Karaçam Z. (2008). Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1: 38-46.
- Karahan N. (2018). Sezaryen oranlarını azaltmada ebelerin rolleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 11(1): 94-98.
- Karakuş A, Şahin-Hotun N. (2011). The attitudes of womentoward mode delivery after childbirth. *Int J Nurs Midwifery*, 3(5): 60-65.
- Karakuş A. (2007). Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. N Hotun Şahin).
- Karaman ÖE, Yıldız H. (2018). Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: Nasıl? Ne Sağlar? Kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? *Türkiye Klinikleri Journal Nurse Sciences*, 10(1): 78-87.
- Kashanian M, Shahali S. (2009). Effects of Acupressure at The Sanyinjiao Point (SP6) on The Process of Active Phase of Labor in Nulliparas Women. *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine*, 15: 1-4.
- Kaymak A. (2017). Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihlerine İlişkin Görüşleri. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: N Kızılkaya Beji).
- Kero J, Gissler M, Gronlund MM, Kero P, Konssinen P, Hemminki E, Isolauri E. (2002). Mode of delivery and asthma. Is there a connection? *Pediatric Research*, 52: 6-11.
- Khodakarami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N. (2005). Effect of Massage Therapy on Pain Severity and Labor of Primipara Women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 10 (3).
- Kırca N, Pasinlioğlu T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5(2):162-178.
- Kızılkaya-Beji N, Dişsiz M. (2015). Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. N. Kızılkaya-Beji (Ed.), Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları içinde (s. 294-300). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Kobelin CG. (2001). Intrapartum management of vaginal birth after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol*, 44: 588-593.
- Koca-Çoban S. (2015). Kadınların Sezaryen Doğum Tercihini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. F Koçoğlu)
- Koçak YÇ, Can HÖ, Soğukpınar N. (2010). *e-Journal of New World Sciences Academy Life Sciences*, 4B0001, 5 (4): 01-06.
- Koken G, Coşar E, Şahin, FK, Arıoz, DT, Duman Z, Aral I. (2007). Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*, 99(3): 233-235.
- Konakçı S, Kılıç B. (2002) Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sted*, 11(8): 286-288.
- Konakçı-Kayser S, Kılıç B. (2004). İzmir’de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji Dergisi*, 14(2): 88-95.
- Konstantina N, George M, Charalampos G, Stamatis S, Christina B, Nikolaos V, George F. (2014). Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of the midwives. *HJOG*, 13(3). 73-76.
- Koruk F, Koruk İ, Güner Ö, Ayhan S, Kılıçlı A, Aytekin S, Altun DU. (2017). Şanlıurfa’da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ve doğurganlığa bakış açıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3): 203-212.
- Kömürcü N, Ergin AB. (2008). Doğum ağrısı ve yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık; 2-22.
- Kömürcü N, Gençalp NS. (2002). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1): 78-82.
- Kudish B, Mehta S, Kruger M, Russell E, Sokol RJ. (2010). Delivery route preferences of urban women of low socioeconomic status. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*, 111: 28-31.
- Kültürsaray N. (2009). Bebeklikte barsak florası gelişimi ve immun sisteme etkileri. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 3: 75-78.
- Kütük MS, Özgün MT, Uludağ S, Dolanbay M, Özdemir F, Uysal G, Öztürk A. (2013). *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 23(3): 154-159.
- Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, Moawad AH et al. (2004). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*, 351:2581-2589.
- Lee DS, Chien WT. (2002). Pre-operative patient teaching in an acute care ward in Hong Kong: A case study. eContent Management Pty Ltd. *Contemporary Nurse*.13: 271–280.
- Leslie MS. (2004). Counseling women about elective cesarean section. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 49(2): 155-159.
- Levine ME, Ghai V, Barton JJ, Strom M. (2001). Mode of delivery and respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol*, 97: 439-442.

- Little MO, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kula R, Kupperman M. (2008). Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstetrics & Gynecology*, 112(4):913-918.
- Lurie S. (2005). The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Archives of gynecology and obstetrics*, 271(4), 281-285.
- Maharlouei N, Rezaianzadeh A, Hesami E, Moradi F, Mazloomi E, Hassan-Joulai H. (2013). The preference of Iranian women to have normal vaginal or cesarean deliveries. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 18(11): 943–950.
- Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. (2015). Bir doğum evinde, doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 9(1): 49-56.
- McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy D. (2007). Elective caesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*, 34:65-79.
- McFarlin LB. (2004). Elektive cesarean birth, Issues and Ethics of an informed decision, *Journal of Midwifery & Women ' Health*, 49(5): 421-429.
- McGrath P, Ray-Barruel G (2009). The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. *Int J Nurs Pract Aug*, 15(4): 271-9.
- McGurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan PJ. (2001). A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 97, 17-9.
- McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*, 119(12): 1483-92.
- Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. (2006). Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology, *Seminars in Perinatol*, 30:235-241.
- Mete S, Çiçek Ö, Tokat MA, Çamlıbel M, Uludağ E. (2017). Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3): 201-206.
- Miesnik SR. (2007). Reale B. Review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *JOGNN*, 36: 605-15.
- Moini A, Riazi K, Ebrahimi A, Ostovan N. (2007). Cesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003. *EMHJ*, 13(2).
- Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, UribeLeitz T, Azad T, et al. (2015). "Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality". *JAMA*, 314:2263-2270.
- Monari, F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi, V. (2008). Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth*, 35(2):129-135.



- Moodliar S, Moodley J, Esterhuizen TM. (2007). Complications associated with caesarean delivery in a setting with high HIV prevalence rates. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 131(2): 138-145.
- Mucuk S, Başer M. (2009). Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(3): 61-66.
- Murray SS, McKinney ES. (2014). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences.
- Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. (2015). İstanbul'da doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16: 442-450.
- Nilsson C, Limbeek E, Vehvilainen-Julkunen K, Lundgren I. (2015). Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women From Countries With High VBAC Rates. *Qualitative Health Research*, 1-16.
- O'Boyle AL, O'Boyle JD, Calhoun B, Davis GD, Ricks RE, Patience (2003). TH. Natural history of pelvic organ support in pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*; 14: 46-49.
- Oktay S. (2012). Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö Duran).
- Osis MJD, Padua KS, Duarte TR, Faundes A. (2001). The opinion of brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: 559-566.
- Ovalı-Yıldızoğlu İ, Durgun-Babadağlı B. (2002). Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Sezaryen ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma İlişkin Bilgileri. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara. Kongre Kitabı: 206.
- Özer-Topçu H. (2011). Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. G Rathfisch).
- Özkan S, Aksakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 11(2):59-71.
- Özkar F. (2011). Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Normal Doğum ve Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Doç. Dr. M Yilmazer).
- Özkaya O. (2009). Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 Yıllık Doğum Oranları ve Sezaryen Endikasyonları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4): 36-39.
- Öztürk Ç. (2009). Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. G Köken).

- Pairman S, Pincombe J, Thorogood C, Tracy S. (2015). *Midwifery Preparation for Practice* (3. Ed.). Churchill Livingstone: Elsevier Australia).
- Park CS, Yeom SG, Choi ES. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences*, 1(1): 3-8.
- Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3):184-90.
- Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a Systematic Review and Meta-Analysis of World Literature. *Am J Clin Nutr*, 95:1113-1135.
- Ravlı E. (2009). Kadınların Sezaryen ve Normal Doğum Yapma Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yard. Doç. Dr. N Akan).
- Renfrew MJ, McFadden A., Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet Sep*, 20; 384(9948):1098.
- Ridley RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D. (2002). What influences a woman to choose vaginal birth after cesarean? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*;31(6):665-672.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. (2003). Norwegian Epicont study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*, 348: 900-907.
- Saisto T, Halmesmaki E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*: 82; 201-208.
- Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M Gates S. (2010). Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *J Midwifery Womens Health*, 55:255-261.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art.No:CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Sanz Y. (2011). Gut microbiota and probiotics in maternal and infant health. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 94(6): 2000-2005.
- Saoji A, Nayse J, Kasturwar N, Relwani N. (2011). Women's knowledge, perceptions, and potential demand towards caesarean section. *National Journal of Community Medicine*; 2(2): 244-248.
- Sayın C, Berberoğlu U, Varol F. (2004). Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip edilen gebelikte doğum şekli tercihi. *T Klin Jinekoloj Obst.*, 18(2):82-88.
- Sayiner FD, Özerdoğan N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3): 143-148.

- Selim S, Üçdoğruk Ş. (2003). Sayma veri modelleri ile çocuk sayısı belirleyicileri: Türkiye'deki seçilmiş iller için sosyoekonomik analizler. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2): 13-31.
- Serçekuş P, Başkale H. (2016). Effects of antenataleducation on fear of childbirth, maternal selfefficacyand parental attachment. *Midwifery*, 34:166-172.
- Sezer-Yılmaz N. (2012). Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönteminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumları. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman:Yard. Doç. Dr. G KOÇ).
- Sıkar D, Yaşar L, Battaloğlu-İnanç B, Yaşar N. (2013). Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1): 3-7.
- Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, GibbsPickens CM, Deneux-tharoux C, et al. (2016). A global reference for caesarean sectionrates (C-Model): A multi country cross-sectionalstudy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(3): 427-436.
- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler.*Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2):57-62.
- Şahin-Hotun N. (2009). Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2: 93-98.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. (2010). Ankara: Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.
- Tektaş E, Akay N, Mak E, Ay F. (2017). Vajinal Doğumda Ağrının Azaltılmasına Yönelik Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler ve Masajın Etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 64-70.
- Ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. (2014). "Improvement of maternal and newborn health through midwifery". *The Lancet*, 384: 1226-1235.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG) (2006). Opinion No.342:Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol. Aug*, 108(2): 465- 468.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 116(2): 450-463.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstetrics and Gynecology*, 121(4): 904-907.
- Thorstensson S, Nissen E, Ekstrom A. (2012). Professional support in pregnancy influence maternal relation to and feelings for baby after cesarean birth: an intervention study. *Journal of Nursing Care*, 1: 2-9.

- Todman DA. (2007). History of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Obstet and Gynecol*, 47:357-361.
- Torloni MR, Betran 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.
- Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. (2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 157-172.
- Vatansever Z, Okumuş H. (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (2), 82-87.
- Vatansever Z. (2009). Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. H Okumuş).
- Vural G, Erenel-Şentürk A. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2): 76-83.
- Waldenström U. (1999). Experience of Laborandbirth in 1111 Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5).
- Wells CE. (2010). Vaginal birth after cesarean delivery: views from the private practitioner. *Semin Perinatol*,34(5):345-350.
- White HK, May A, Cluett ER. (2016). Evaluating a Midwife- Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. *Birth*, 43(3): 200-208.
- Wong KW, Thomas JM, Andrews V. (2014). Are women'sand obstetricians, views on mode of deliveryfollowing a previous cesarean section reallyOCEANS apart? *J Obstet Gynaecol India*; 64(6): 400-2.
- World Health Organization, WHO. (2006). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva.
- World Health Organization, WHO. (2009). Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva.
- Yağmur Y, Çubuk MM. (2017). Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 7-11. ISSN:2146-6696.
- Yakut-Yüksel E. (2015). Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Aydın. (Danışman: Doç. Dr. N Akdolun Balkaya).
- Yamani-Zamzami TY. (2003). Indication of emergency peripartum hysterectomy: rewiev of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*, 268: 131-135.
- Yanikkerem E, Çimen E. (2017). Hemşirelerin doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açıları. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 4(1): 533-541.

- Yanikkerem E, Göker A, Nicole Piro N. (2013). Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(2), 75-81.
- Yaşar Ö, Şahin-Kır F, Çoşar E, Köken-Nadirgil G, Cevrioğlu AS. (2007). Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17: 414-420.
- Yıldız Ş, Çaypınar SS, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. (2014). Türk kadınlarının doğum yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve bakış açısı. *Journal of Computer Engineering and Informatics*, 5 (2): 173-178.
- Yılmaz E, Kara M, Okumuş B, Aran E. (2008). Kliniğimizin dört yıllık sezaryen ve normal spontan vajinal doğum istatistiği. *Türk Jiinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD Derg)*, 5(4 ): 253- 257.
- Yılmaz K, Altındış M. (2017). Sindirim sistemi mikrobiyotası ve fekal transplantasyon. *Nobel Med*; 13(1): 9-15.
- Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 22: 104-110.
- Yılmaz M, Öncel S. (2009). Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1(1): 32-38.
- Yılmaz-Alp F, Başer M. (2017). Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1: 24-28.
- Yılmaz-Dereli S, Bal-Demirgöz M, Kızılkaya-Beji N, Uludağ S. (2013). Women's preferences of method of delivery and influencing factors. *Iran Red Crescent Med J* 2, 15(8): 683.
- Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sands KE, Livingston J, Shtatland ES, Platt R. (2001). Epidemiology of and Surveillance for Postpartum Infections. *Emerging Infectious Diseases*, 7(5): 837-841.

## 8. EKLER

### Ek 1. Anket Formu

#### Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açıkları

#### Değerli katılımcılar;

*Bu çalışma hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekilleri tercihini ve normal doğuma bakış açılarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için soruları eksiksiz olarak cevaplamanız çok önemlidir. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevapların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru cevap vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.*

*Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi*

*Çağnur KISA YILDIRIM*

### BİLGİ FORMU

1.Yaşınız (.....)

2.Eğitim düzeyiniz nedir?

1- ( ) Lise 2- ( ) Önlisans 3- ( ) Lisans 4- ( ) Yüksek lisans 5- ( ) Doktora

3.Mesleğinizi seçiniz.

1- ( ) Hekim 2- ( ) Ebe 3- ( ) Hemşire

4.Nerede çalışıyorsunuz?

1- ( ) Sağlık evi 2- ( ) ASM 3- ( ) TSM 4- ( ) Devlet Hastanesi  
5- ( ) Özel Hastane 6- ( ) MüdürlükleR

5.Kaç yıldır çalışıyorsunuz? ..... yıl, .....ay.

6.Sosyal güvenceniz nedir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

1- ( ) Genel Sağlık Sigortası 2- ( ) Özel Sigorta 3- ( ) Bireysel Emeklilik Sistemi

7.Ailenizin aylık geliri ne kadardır?

1- ( ) 2000'den az 2- ( ) 2000-3000 3- ( ) 3000-5000 4- ( ) 5000'den fazla

**8. Medeni durumunuz**

- 1- ( ) Evli                      2- ( ) Bekar (iseniz 4. bölümü cevaplayınız)

**9. İlk evlenme yaşıınız (.....)**

**10. Eşinizin yaşı (.....)**

**11. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?**

- 1- ( ) Okur-yazar    2- ( ) İlkokul    3- ( ) Ortaokul    4- ( ) Lise    5- ( ) Önlisans  
6- ( ) Lisans        7- ( ) Lisansüstü

**12. Eşinizin mesleği nedir? (.....)**

**DOĞUM ŞEKİLLERİ TERCİHİ VE NORMAL DOĞUMA BAKIŞ ANKETİ**

**1. BÖLÜM (Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgiler)**

**1. Hiç gebe kaldınız mı?**

- 1- ( ) Evet                      2- ( ) Hayır (ise 4. ve 5. bölümleri cevaplayınız)

**2. Düşük, kürtaj, ölü doğumla sonuçlanan doğumunuz oldu mu?**

- 1- ( ) Evet (..... kez düşük, ..... kez kürtaj, ..... ölü doğum)    2- ( ) Hayır

**3. Çocuğunuz var mı?**

- 1- ( ) Evet (..... kız, .....erkek)                      2- ( ) Hayır ( 8. soruya geçiniz.)

**4. Doğumlarınız ne şekilde oldu?**

1. doğum ( ) Normal ( ) Sezaryen  
2. doğum ( ) Normal ( ) Sezaryen  
3. doğum ( ) Normal ( ) Sezaryen  
4. Diğer ( ) Normal ( ) Sezaryen

**5. Son gebeliğinizi isteyerek/planlayarak mı gerçekleştirdiniz?**

- 1- ( ) Evet                      2- ( ) Hayır

**6. Gebelik öncesi dönemde saptanmış herhangi bir probleminiz var mı?**

- 1- ( ) Evet (Açıklayınız)

- .....  
2- ( ) Hayır

7. Gebeliğinizde problem yaşadınız mı? Cevabınız evet ise ne gibi bir problem yaşadınız?(1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- 1- ( ) Evet 2- ( ) Hayır  
( ) Hiperemesis  
( ) Düşük tehdidi  
( ) Erken doğum tehdidi  
( ) Şeker yükselmesi  
( ) Tansiyon yükselmesi  
( ) Diğer.....

8.İnfertilite tedavisi gördünüz mü?

- 1- ( ) Evet (..... Ay/Yıl)  
2- ( ) Hayır

9. Son doğumunuz nasıl gerçekleşti?

- 1- ( ) Normal doğum ile ( 2. ve 5. bölümleri cevaplayınız)  
2- ( ) Sezaryen ile ( 3. ve 5. bölümleri cevaplayınız)

## 2. BÖLÜM (Normal Doğum Yapanlar İçin)

1.Gebeliğiniz süreci gebelik kontrollerine gittiniz mi?

- 1- ( ) Evet 2- ( )Hayır

2. Gebeliğiniz süresince kontrole kaç defa gittiniz?

- 1- ( ) Hiç gitmedim 2- ( ) 4'ten az 3- ( ) 4 kez 4- ( ) Her ay düzenli gittim

3.Gebelik kontrolleriniz için aşağıdakilerden hangisini tercih ediyorsunuz? (1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz?)

- 1- ( ) Ebe 2- ( ) Hemşire 3- ( ) Sağlık Ocağı Doktoru  
4- ( )Aile hekimi 5- ( ) Kadın Doğum Uzmanı 6- ( ) Diğer

4.Gebeliğiniz süresince kontrollerinizi nerede yaptırınız?(1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz?)

- 1- ( ) Sağlık ocağı 2- ( ) Devlet hastanesi 3- ( ) Özel Hastane  
4- ( ) Özel Muayenehane 5- ( ) ASM 6- ( ) Diğer

5.Doktorunuzun cinsiyeti nedir?

- 1- ( ) Kadın 2- ( ) Erkek

6.Gebeliğiniz süresince yapılan kontroller sırasında size normal doğum ve sezaryen doğum hakkında bilgi verildi mi?

- 1- ( )Evet 2- ( ) Hayır

7.Neden normal doğumu tercih ettiniz?

- 1- ( ) Kendi isteğimle  
2- ( ) Doktor önerisi  
3- ( ) Diğer (.....)

8.Doğumunuz sırasında olumsuz deneyim yaşadınız mı?

- 1- ( ) Evet (Açıklayınız)  
.....  
.....  
.....

- 2- ( ) Hayır



9. Yakınlarınızdan normal doğumla ilgili problem yaşayan oldu mu?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

10. Bundan sonraki doğumlarınızı nasıl yapmayı düşünüyorsunuz?

1- ( ) Normal

2- ( ) Sezaryen

3- ( ) Düşünmüyorum

Nedeni: ( Lütfen açıklayınız )

11. Doğum sırasında epidural anestezi uygulandı mı?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

12. Normal doğumu seçmenizde epidural anestezi etkili oldu mu veya yapılırsa etkili olur muydu?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

13. Doğum sonrası herhangi bir sağlık sorunları ile karşılaştınız mı?

1- ( ) Evet (Lütfen açıklayınız)

2- ( ) Hayır

14. Doğum sonrası günlük aktivitelere ne zaman başladınız?

1- ( ) Hemen

2- ( ) 1-3 saat içinde

3- ( ) 4-6 saat içinde

4- ( ) 7-12 saat içinde

5- ( ) Diğer.....

15. Doğum sonrası bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?

1- ( ) Hemen

2- ( ) 1-3 saat içinde

3- ( ) 4-6 saat içinde

4- ( ) 7-12 saat içinde

5- ( ) Diğer.....

16. Doğumunuzu nerde yaptınız?

1- ( ) Evde

2- ( ) Doğumevi-Hastane

3- ( ) Özel hastane

4- ( ) Üniversite hastanesi

17. Doğum sonu hastanede ne kadar kaldınız?

..... saat, ..... gün

18. Doğum eylemi ile ilgili aklınızda en çok kalan duygu nedir? (Lütfen yazınız)

.....  
.....  
.....  
.....

### 3. BÖLÜM (Sezaryen Doğum Yapanlar İçin)

1. Gebelik süresince gebelik kontrollerinize gittiniz mi?

- 1- ( ) Evet 2- ( ) Hayır

2. Gebelik kontrollerine kaç defa gittiniz?

- 1- ( ) Her ay düzenli gittim  
2- ( ) 4'ten az  
3- ( ) 4'ten fazla  
4- ( ) Hiç gitmedim

3. Gebelik kontrolünüz için aşağıdakilerden hangisini tercih ediyorsunuz?( 1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- 1- ( ) Ebe 2- ( ) Hemşire 3- ( ) Sağlık Ocağı Doktoru 4- ( ) Aile hekimi  
5- ( ) Kadın Doğum Uzmanı 6- ( ) Diğer

4. Gebeliğiniz süresince kontrollerinizi nerede yaptırdınız?(1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- 1- ( ) Sağlık ocağı 2- ( ) Devlet hastanesi 3- ( ) Özel Hastane 4- ( )  
Özel Muayenehane 5- ( ) ASM 6- ( ) Diğer

5. Neden sezaryeni tercih ettiniz?

- 1- ( ) Tıbbi endikasyon  
2- ( ) Eşimin ya da kendi isteğim  
3- ( ) Doktorumun isteği  
4- ( ) Diğer ( Lütfen açıklayınız )

6. Bundan sonraki doğumlarınızı nasıl yapmayı düşünüyorsunuz?

- 1- ( ) Normal 2- ( ) Sezaryen 3- ( ) Düşünmüyorum

7. Hangi tür anestezi aldınız?

- 1- ( ) Genel Anestezi 2- ( ) Epidural Anestezi 3- ( ) Spinal Anestezi

8. Sezaryen sonrası herhangi bir sorunla karşılaştınız mı?

- 1- ( ) Evet (Açıklayınız).....  
2- ( ) Hayır

9. Yakınlarınızdan sezaryen doğumla ilgili problem yaşayan oldu mu?

- 1- ( ) Evet 2- ( ) Hayır

10. Sezaryen sonrası günlük aktivitelerinize ne zaman başladınız?

- 1- ( ) 0-1 Gün 2- ( ) 2-3 Gün 3- ( ) 4-5 Gün 4- ( ) Diğer(.....)

11. Sezaryen sonrası bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?

- 1- ( ) Hemen  
2- ( ) 1-3 Saat İçinde  
3- ( ) 4-6 Saat İçinde  
4- ( ) 7-12 Saat İçinde  
5- ( ) Diğer (.....)

12. Sezaryen sonrası hastanede kalma süreniz nedir?

- (..... Saat) - (.....Gün)

13. Doğumunuzda herhangi bir olumsuz deneyim yaşadınız mı?

1- ( ) Evet (Açıklayınız).....

2- ( ) Hayır

14. Doğum eylemi ile ilgili aklınızda en çok kalan duygu nedir? (Lütfen yazınız).....

.....

#### 4. BÖLÜM (Hiç Doğum Yapmayanlar İçin)

1. Doğumunuzu nasıl gerçekleştirmeyi düşünüyorsunuz?

1- ( ) Normal

2- ( ) Sezaryen

3- ( ) Fikrim Yok

4- ( ) Kararsızım

5- ( ) Diğer .....

2. Normal doğum ise nedeni nedir?(1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz)

1- ( ) Doğal olduğu için

2- ( ) Sezaryenden korktuğum için

3- ( ) Kendi isteğim

4- ( ) Diğer .....

3. Sezaryen ise nedeni nedir?(1'den fazla işaretleme yapabilirsiniz)

1- ( ) Normal doğum çok ağrılı olduğu için

2- ( ) Normal doğuma göre daha çabuk sonuçlandığı için

3- ( ) Normal doğumda pelvik kaslarının genişlediğini düşündüğüm için

4- ( ) Eşimin yada kendi isteğim

5- ( ) Diğer (Lütfen açıklayınız) .....

4. Doğum şekilleriyle ilgili bilginiz var mı?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

#### 5. BÖLÜM ( Herkes İçin Genel Sorular)

1. Sizce en güvenilir doğum şekli nedir?

1- ( ) Normal doğum

2- ( ) Sezaryen doğum

3- ( ) Bilmiyorum

Nedeni:

(Lütfen

açıklayınız)

.....

2. Sizce hangi doğum şeklinin komplikasyonu daha fazladır?

1- ( ) Normal doğum

2- ( ) Sezaryen doğum

3. Sizce hangi doğum şeklinde bebek olumsuz olarak etkilenir?

1- ( ) Normal doğum

2- ( ) Sezaryen doğum

3- ( ) Bilmiyorum

Nedeni(Lütfen

açıklayınız):.....

4. Sizce hangi doğum şeklinin maliyeti daha fazladır?

1- ( ) Normal doğum

2- ( ) Sezaryen doğum

5.Sizce tıbbi endikasyon olmaksızın isteğe göre sezaryen yapılmalı mıdır?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

6.Doğum tercihi sadece size bırakılsaydı ( hiçbir zorunluluk durumu olmadığında) hangi şekilde doğum yapmayı tercih ederdiniz?

1- ( ) Normal doğum

2- ( ) Sezaryen doğum

7. Normal doğum sırasında ağrınızın kesilmesi için epidural anestezi yapılmasını ister misiniz?

1- ( )Evet

2- ( )Hayır

8. Ailelerin doğum şeklini seçme özgürlüğü olmalı mıdır?

1- ( ) Evet

2- ( )Hayır

3- ( ) Fikrim Yok

9.Sizce doğum şekline kim karar vermelidir?

1- ( ) Anne

2- ( ) Baba

3- ( ) Anne ve baba birlikte

4- ( ) Hekim

5- ( ) Hekim ve anne baba birlikte

6- ( )

Diğer(.....)

10. Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı veya almak ister misiniz?

1-( ) Evet

(Açıklayınız).....

2- ( ) Hayır

11.Sizce normal doğum tercihinde non-farmakolojik yöntemler (müzik dinleme, hayal kurma vb.) ağrının en aza indirilmesinde etkili olabilir mi?

1- ( ) Evet

2- ( )Hayır

3- ( )Fikrim yok

4- ( ) Bilgim yok

12.Alternatif doğum teknikleri (Lamaze, Suda Doğum Vb.) seçenek olarak sunulması normal doğum tercihinin etkiler mi?

1- ( )Evet

2- ( )Hayır

3- ( ) Fikrim yok

4- ( ) Bilgim yok

13.Hekim ve ebelerin normal ve sezaryen doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri doğum tercihinin etkiler mi?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

3- ( ) Fikrim yok

14.Sezaryen ile doğum zaman kazandırdığı için hekimler tarafından tercih edilen doğum şekli olduğunu düşünüyor musunuz?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

3- ( ) Fikrim yok

15.Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinden kaynaklanıyor olabilir mi?

1- ( )Evet

2- ( ) Hayır

3- ( ) Fikrim yok

16. Sezaryen doğum yaptıktan sonra kişi normal doğum yapabilir mi?

1- ( ) Evet

2- ( ) Hayır

3- ( ) Bilgim yok

## Ek 2. Etik Kurul Onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1595

27.03.2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Kastamonu il merkezinde çalışan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekilleri ve normal doğuma bakış açıları** başlıklı OMÜ KAEK 2015/ 164 Karar nolu Anket Çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç (3) ay içerisinde bildirilmesine 26.03.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Doç. Dr. Emine ŞENTUNÇ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkan Yrd.

## Ek 3. Kurum İzni



T.C  
KASTAMONU VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 11117241/730.08.03  
Konu : Anket Çalışması

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Müdürlüğümüz Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Kurusaray Sağlık Evinde ebe olarak görev yapan Çağnur KISA YILDIRIM Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümünde Yüksek Lisans öğrenimi görmektedir.

Adı geçen personelin " Kastamonu İl Merkezinde çalışan kadın hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekilleri ve normal doğuma bakış açıları " konulu tez çalışması için Müdürlüğümüz ve bağlı birimlerimizde çalışan kadın personellere anket yapmak isteği ile ilgili dilekçesi yazımız ekinde sunulmuş olup , uygun görüşlerinize arz ederim.

Dr. Atakan ÖZDEMİR  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR  
.../.../2015

Dr. Yüksel KUTLU  
Halk Sağlığı Müdürü

Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğü Destek Hizmetleri Şube Müd. Honsalar Mah. Belediye Cad. No : 62  
( Belediye Eski Binası ) KASTAMONU  
Telefon : 0366 212 99 49 -260 Fax : 0366 214 37 12

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 465b28a0-862d-4d6b-96a8-349cac8793c1 kodu ile erişebilirsiniz.

## Ek 4. Kurum İzni



T.C.  
KASTAMONU VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 55781553/730.08.03  
Konu : Anket

### KASTAMONU HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 28.04.2015 tarihli ve 11117241/730.08.03/1456 sayılı yazınız.

Müdürlüğünüz Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Kurusaray Sağlık Evinde ebe olarak görev yapan Çağnur KISA YILDIRIM 'ın " Kastamonu il merkezinde çalışan kadın hekim, kadın hemşire ve ebelerin doğum şekilleri ve normal doğuma bakış açıları " konulu tez çalışması için Müdürlüğümüz ve bağlı birimlerimizde çalışan kadın personellere anket yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Metin ÖZTÜRK  
İl Sağlık Müdürü

Kastamonu Sağlık Müdürlüğü Hekkebirler Mah. Cumhuriyet Cad.  
H. ŞİMŞEK BAYRAM Tel:214 10 66-135

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 80bc6b94-021d-4852-9842-d324bbcc31ed kodu ile erişebilirsiniz.

## Ek 5. Kurum İzni



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

KASTAMONU İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - KASTAMONU KHBGS  
HİZMET İÇİ EĞİTİM BİRLİMİ  
07/05/2015 16:55 - 91379769 / 044 / 4392  
00010278898

Sayı : 91379769/044  
Konu : Anket İzni(Çağnur KISA)

### KASTAMONU HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

Müdürlüğünüz Merkez TSM Kurusaray Sağlıkvinde Ebe olarak görev yapan Çağnur KISA' nın 06/05/2015 tarihli dilekçesine istinaden; Birliğimize bağlı Merkezde bulunan Hastanelerde görev yapan Bayan Hekim, Hemşire ve Ebe olarak çalışanlara uygulamak istediği anket çalışması hakkındaki başvurusu incelenmiş olup, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünün 28/02/2014 tarih ve 5181.1272 sayılı Makam Onaylı Bilgi Güvenliği Politikaları yönergese uygun olarak sağlık çalışanlarının kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek anketin hastanelerimizdeki hizmetleri aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Genel Sekreterliğimize sunularak değerlendirilmesi suretiyle uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Mustafa UYANIK  
Genel Sekreter

Honsalar Mah. Honsalar Cad. No:21 Merkez Kastamonu 0366222500-3734  
Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği-İnsan Kaynakları Birimi

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 759a0523-d97e-4e43-bba5-b15433ee8c22 kodu ile erişebilirsiniz.



## Ek 6. Kurum İzni

ÖZEL ANADOLU HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜNE;

KASTAMONU

Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Kurusaray Sağıkevi'nde Ebe olarak görev yapmaktayım Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans 2. sınıf öğrencisiyim. "Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açıları" ile ilgili tez konum olan anket çalışmamı hastanenizde uygulamak istiyorum. 20.05.2015

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



44137516966

Çağnur KISA YILDIRIM

Adres: Kurusaray Sağıkevi

Merkez/ KASTAMONU

Tel: 05424717570



Kastamonu Anadolu Hastanesi  
Araştırma  
Sağlık Hizmetleri Koordinatörü

Yeltem KABA  
Anket çalışması yapılması uygundur.

## Ek 7. Kurum İzni

ÖZEL İSFENDİYAR ANADOLU HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜNE;

KASTAMONU

Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Kurusaray Sağıkevi'nde Ebe olarak görev yapmaktayım Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans 2. sınıf öğrencisiyim. "Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açıları" ile ilgili tez konum olan anket çalışmamı hastanenizde uygulamak istiyorum. 18.05.2015

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



44137516966

Çağnur KISA YILDIRIM

Adres: Kurusaray Sağıkevi

Merkez/ KASTAMONU

Tel: 05424717570

Anket çalışması  
yapılmıştır. uygundur.



Çağnur KISA YILDIRIM  
Ebelik Bölümü Direktörü

## Ek 8. Kurum İzni

ÖZEL ANADOLU HASTANESİ DİYALİZ MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE  
KASTAMONU

Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Kurusaray Sağlık Evinde Ebe olarak görev yapmaktayım. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans 2. Sınıf öğrencisiyim. 'Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açılırları' ile ilgili tez konum olan anket çalışmamı hastanenizde uygulamak istiyorum. 21/05/2015 Gereğinin yapılmasını arz ederim.




44187516966

Çağnur KISA YILDIRIM

Adres: Kurusaray Sağlık Evi  
Merkez/ KASTAMONU

Tel: 0 542 471 75 70

Anket yapması uygundur.  
Anadolu Sağlık Hemşiresi  


## Ek 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Sizi Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi ebe Çağnur KISA YILDIRIM tarafından yürütülen "Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri ve Normal Doğuma Bakış Açıları" başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz.

Bu çalışma hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekilleri tercihini ve normal doğuma bakış açılarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için soruları eksiksiz olarak cevaplamanız çok önemlidir. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevapların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru cevap vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz. Anket formunda 61 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz yaklaşık 30 dakikadır.

Araştırmanın yapılacağı kurumlar; Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü, Kastamonu Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kastamonu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Kastamonu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi ve Ek Binası, Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, Kastamonu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Kastamonu merkezde bulunun 8 aile hekimliği, Özel Anadolu Hastanesi, Özel İsfendiyar Anadolu Hastanesi, Özel Anadolu Diyaliz Merkezi'dir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Ben, .....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Ankete dayalı Klinik Olmayan Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .... / .... / .....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl): .... / .... / .....

*NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.*

## **9. ÖZGEÇMİŞ**

Çağnur KISA YILDIRIM, 1986'da Kastamonu'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. Kastamonu Kuzeykent Süper Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2007 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümüne girdi. 2011'de mezun olduktan sonra İstanbul Özel Gaziosmanpaşa Hastanesinde 1 ay çalışmış olup, sonrasında Kastamonu Kurusaray Sağlık evinde ebe olarak göreve başladı ve halen aynı yerinde çalışmaktadır.

### **ADRES BİLGİLERİ**

**Adres:** Kuzeykent mah. Karadut Sok. Gölpark Panaroma no:7/19

Merkez/KASTAMONU

**Tel** :05424717570

**e-posta** : cagnur86@hotmail.com