



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARIN DOĞUM TERCİHLERİ ve DOĞUM ŞEKİLLERİ İLE
İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ

MELDA DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. ANAYİT M. COŞKUN

2016



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARIN DOĞUM TERCİHLERİ ve DOĞUM ŞEKİLLERİ İLE
İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ

MELDA DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Anahyit M. COŞKUN

2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

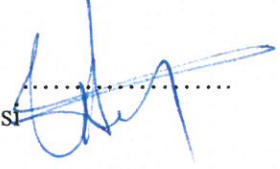
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi 14603387406 nolu Melda DOĞAN tarafından hazırlanan **“Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri ile İlgili Düşünceleri”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 11.11.2016

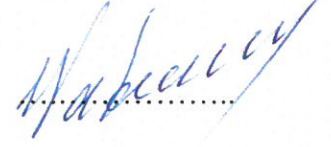
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

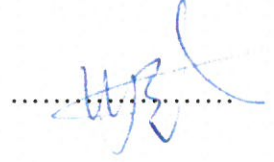
Jüri Üyesi : Prof. Dr. Anayit M.ÇOŞKUN (Danışman)
:Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi : Prof. Dr. Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu



Jüri Üyesi :Yrd. Doç .Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. M. Güneş YAVUZER

Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Turnitin Orijinallik Raporu

Sağlık alışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri İle İlgili Düşünceleri Melda Doğan tarafından

TEZ

- 07-Eki-2016 14:32 +03' de işleme kondu
- NUMARA: 717108075
- Kelime Sayısı: 16697

Benzerlik Endeksi
%13

Kaynağa göre Benzerlik
Internet Sources:

%12

Yayınlar:

%7

Öğrenci Ödevleri:

%1

I. TEŞEKKÜR

Sağlık profesyonellerinin doğum şekilleri ve tercihlerini incelediğim bu çalışmada, çalışmanın her aşamasında desteklerini esirgemeyen başta danışman hocam Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN ve Yrd.Doç. Dr. Makbule BATMAZ hocam olmak üzere, tüm enstitü çalışanları ve emeği geçen, ankete katılarak destek olan tüm sağlık profesyonellerine teşekkürü borç bilirim.

Melda DOĞAN



II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
II.İÇİNDEKİLER.....	II
III. KISALTMALAR.....	III
IV. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IV
V. TABLOLAR LİSTESİ.....	V
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Kavramsal Temel	6
4.1.1. Normal Doğum	7
4.1.2. Sezaryen Doğum	8
4.2. Sezaryen Doğum Endikasyonları.....	8
4.3. Sezaryen Görülme Sıklığı ve Artış Nedenleri	10
4.4. Ailelerin Doğum Tercihi ve Etkileyen Faktörler	13
4.5. Doğuma Hazırlık Programlarının Gebe ve Ailesinin Doğum Tercihine Etkisi... 13	
4.6. Sağlık Profesyonellerinin Doğum Şekli ve Tercihi Hakkındaki Görüşleri	15
5. GEREÇ ve YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
5.2. Araştırmanın Evreni.....	22
5.3. Araştırmanın Örneklemi	22
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
5.5. Veri Toplama Araçları	23
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
6. BULGULAR.....	25
6.1. Sağlık Çalışanlarının Genel Dağılımları ve Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi..... 25	
6.1.1. Sağlık Çalışanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	26
6.1.2. Sağlık Çalışanlarının Obstetrik Öykü Dağılımları.....	27
6.1.3. Sağlık Çalışanlarının Son Gebelik Öyküsüne İlişkin Dağılım	28
6.1.4. Sağlık Çalışanlarının Son Gebelikte Kontrole Gitme Ve Doğum Öyküsü Dağılımı	29

6.1.5. Sağlık Çalışanlarının Son Doğumlarından Memnuniyet Durumları.....	31
6.1.6. Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercih Nedenlerinin Dağılımı	33
6.2. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri Temelinde Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi ...	34
6.2.1. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	35
6.2.2. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Obstetrik Öykü Dağılımları.....	37
6.2.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Son Gebelik Öyküsü Dağılımı	39
6.2.4. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Son Gebelikte Kontrole Gitme Ve Doğum Öyküsü Dağılımı.....	42
6.2.5. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Son Doğumlarından Memnuniyet Durumları	45
6.2.6. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Doğum Tercih Nedenlerinin Dağılımı	48
6.3. Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihlerinin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı ..	51
6.3.1. Sağlık Çalışanların Doğum Tercihlerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	52
6.3.2. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Obstetrik Öykü Dağılımları	54
6.3.3. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Son Gebelik Öyküsü Dağılımı	55
6.3.4. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Son Gebelikte Kontrole Gitme ve Doğum Öyküsü Dağılımı	57
6.3.5. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Doğum Şekilleri İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	60
6.3.6. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre “Doğum Şeklini Tercih Etme Nedenlerine” Göre Dağılımı	63
7.TARTIŞMA.....	65
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
9. KAYNAKLAR	80
10. EKLER	87
Ek.1. Veri Toplama Aracı.....	87
Ek.2. Etki Kurul İzni	92

Ek.2. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan Yazılı Kurum İzni	94
11. ÖZGEÇMİŞ	96



III. KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
p	İstatistik Anlamlılık Düzeyi
SS	Standart Sapma
U	Mann Whitney U Test Değeri
X	Ortalama



IV. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil.5. 1. %95 Güven Düzeyinde Farklı Anakütle Büyüklükleri İçin Örnek Hacimleri 22



V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 6. 1. Sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri.....	26
Tablo 6. 2. Sağlık çalışanlarının obstetrik öykü dağılımları	27
Tablo 6. 3. Sağlık çalışanlarının son gebelik öyküsü dağılımı	28
Tablo 6. 4. Sağlık çalışanlarının son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı	30
Tablo 6. 5. Sağlık çalışanlarının son doğumlarından memnuniyet durumlarının dağılımı	31
Tablo 6. 6. Sağlık çalışanlarının doğum tercih nedenlerinin dağılımı	33
Tablo 6. 7. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre sosyo-demografik özellikleri	35
Tablo 6. 8. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre obstetrik öykü dağılımları	37
Tablo 6. 9. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son gebelik öyküsü dağılımı.....	39
Tablo 6. 10. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı	42
Tablo 6. 11. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son doğumlarından memnuniyet durumlarının dağılımı	45
Tablo 6. 12. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum tercih nedenlerinin dağılımı	48
Tablo 6. 13. Sağlık çalışanların doğum tercihlerinin demografik özelliklerine göre dağılımı	52
Tablo 6. 14. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre obstetrik öykü dağılımları	54
Tablo 6. 15. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre son gebelik öyküsü dağılımı	56
Tablo 6. 16. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı.....	58
Tablo 6. 17. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre “doğum şekli” hakkındaki düşüncelerinin dağılımı	60
Tablo 6. 18. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre “doğum şeklini tercih etme nedenlerine” göre dağılımı	63

1. ÖZET

Bu çalışmada doğum yapmış sağlık profesyonellerinin, doğum tercihleri ve doğum şekline ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemek amaçlandı. Çalışmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde 29 Haziran 2016– 1 Eylül 2016 tarihleri arasında görev yapan hekim (N=65), hemşire (N=113) ve ebelerden (N=39) oluşan toplam 217 sağlık profesyoneli oluşturdu. Veri toplama aracı olarak 37 soruluk anket formu uygulandı. Veriler, SPSS 22 paket programı ile Çapraz Tablo (Cross tabulation), Ki-Kare , lineer ilişki (Linear by Linear association) analizleri ve Mann Whitney-U testi kullanılarak değerlendirildi. Araştırmaya katılan sağlık çalışanların % 50.7'si 31-39 yaş grubunda yer almakta ve % 59.9 'u altı yıl ve üstü mesleki deneyime sahipti. %72.4 ü 1-2 gebelik , %92.2 si 1-2 doğum geçirmiş ve %54.8'i son doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmişti. Normal doğum tercih nedenlerinin başında erken iyileşme ve sütün erken gelmesi; sezaryen doğumun temel gerekçelerinin başında ise bebeğin risk altında olması ve normal doğum korkusu gelmekteydi. Son doğumların gerçekleşme oranlarında; hekimlerin %50.8'i, hemşirelerin %56.6'sı ve ebelerin %56.4'ü sezaryen doğum gerçekleştirdiklerini ifade etti. Sezaryen doğum oranları, meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Meslek gruplarından en fazla hemşireler, doğum öncesi eğitimi almış olup bu konuda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Örneklemin tamamında, sağlık profesyonellerinin genel olarak çoğunluğu sezaryenin tıbbi bir gerekçe olması halinde yapılması gerektiği düşüncesindeydi. Sağlık profesyonellerinin meslek türü ve son doğum şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmayacak şekilde ($p>0,05$), isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmaması gerektiği düşüncesindeydi.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen; Normal doğum; Sağlık profesyonelleri; Ebe; Hemşire; Hekim

2. SUMMARY

Birth Preferences of Health Professionals and Opinions on Birth Types

The aim of this study was to determine the knowledge and beliefs about the birth preferences and the birth style of the healthcare professionals who gave birth. The sample of the study consisted of a total of 217 healthcare professionals including physician (N = 65), nurse (N = 113) and midwife (N = 39) who worked between 29 June 2016 and 1 September 2016 at Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University. A questionnaire with 37 questions was applied as a data collection tool. The data were evaluated using the SPSS 22 software performing Cross tabulation, Chi-square, linear association and Mann Whitney-U test. According to the results, 50.7% of the healthcare professionals participating in the survey were in the 31-39 age group and 59.9% had occupational experience for six years or more. 72.4% of the participants had 1-2 pregnancies, 92.2% had 1-2 births and 54.8% had cesarean section in their last birth. The fundamental reasons of normal birth preference were early recovery and early puberty, also the main reasons for cesarean birth were the risk of the baby and the fear of normal birth. According to the realization rates of the last births; 50.8% of the physicians, 56.6% of the nurses and 56.4% of the midwives delivered cesarean sections. Cesarean birth rates had no statistically significant differences among occupational groups ($p > 0,05$). The nurses had highest prenatal education among professional groups and the difference among the groups was statistically significant ($p < 0,05$). Overall, the majority of the healthcare professionals thought that the cesarean section should be done if there are medical reasons. There was no statistically significant difference ($p > 0,05$) between the type of profession and the last birth form of healthcare professionals, and they thought that the optional cesarean section should not be prohibited.

Key Words: Cesarean section; Normal birth; Healthcare professionals; Midwife; Nurse; Physician.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, yeni bir insan hayatının başlangıcı olması nedeniyle hem biyolojik hem de kültürel olarak kadın yaşamında hazırlık gerektiren önemli bir yere sahiptir. (Aksoy, 2015) Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres kaynağı olabilir. (Sayiner ve ark., 2009; Yanıkkerem ve ark., 2014; Şahin ve ark. 2009; Özkan ve ark. 2013; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Sayiner ve Özerdoğan, 2009) Anne adayları doğum anını bilinmeyen bir korku ve heyecan içinde beklerken, annelik duygusu ve dünyaya yeni bir canlı getirmenin gururunu da yaşar. Özellikle ilk gebeliklerde kadın ve eşi tanımlayamadıkları birçok yeni hissi bir arada yaşarken doğum anında nelerle, hangi durumlarla karşılaşabileceklerini tahmin etmede zorlanırlar. (Sayiner ve ark., 2009; Akyol ve ark., 2011) Gebelik süresince doğum şeklinin nasıl olacağı çiftleri en çok düşündüren ve endişelendiren konuların başında gelmektedir.

İlk doğumunu yapacak olan anne adayının doğuma ve doğum şekline bakışı, birçok faktörlerden etkilenmektedir. Özellikle yakın çevresi ve arkadaşlarının yaşadığı olumlu, olumsuz deneyimler ona yol gösterici olacaktır. Bunun yanı sıra anne adayının bilinçli olarak doğuma hazırlanmamış olması, buna bağlı olarak gelişen doğum korkusu, ağrıları başladığında hekime ve hastaneye yetişememe kaygısı, riskli gebelik ve doğum, doğum eyleminin uzun süreceği ve dikişli olacağı düşüncesi doğum şeklini ve tercihini etkileyecektir. (Aksoy, 2015; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Bektaş, 2008) Tüm bu düşünceler, anne ve baba adayının doğum şekli hakkında verecekleri kararı etkileyecek ve zorlaştıracaktır. İkilem yaşamalarına neden olacaktır. Oysa doğuma bilinçli olarak hazırlanan çiftler, bu sürece daha rahat, özgüvenli ve kararlı başlayabileceklerdir.

Yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmakla birlikte bazı riskleri de (toksemi, kanama, enfeksiyon vb.) beraberinde getirmektedir. Yüksek riskli gebelik, anne ve bebek sağlığını tehdit eden, mortalite ve morbidite oranlarını arttıran, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sıkıntılara yol açan sağlık sorunudur. (Özkan ve ark., 2004; Karaçam ve Şen, 2012) Böyle durumlar, hem anne adayını hem de anne karnındaki bebeğin sağlığını ve hatta hayatını tehdit edebilir. Bu süreçte karar verilmesi gereken en önemli konulardan biri de kadının doğum şeklinin nasıl olacağıdır.

Normal doğum, milyonlarca yıldır bütün memelilerin soylarını devam ettirmekte kullandıkları yöntemdir. (Duran ve Ünsal, 2011; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Kılılı, 2011; Gül, 2008; Karabulutlu, 2012)

Kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı şekilde gerçekleşebilmektedir. Vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa sezaryen doğum tercih edilmelidir. (Şahin ve ark. 2009) Olası sezaryen nedenlerine baktığımızda, baş-pelvis uygunsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, zor doğum (distosi), iri bebek, daha önce geçirilmiş sezaryen annede sistemik hastalık varlığı gibi durumlar endikasyon oluşturmaktadır. Ancak literatüre bakıldığında anne isteğine bağlı sezaryen olgularının ilk sırasında yer aldığı görülmektedir. (Sayiner ve ark., 2009; Rathfisch ve Güngör, 2009; Nice Clinical Guidelines, 2011)

Literatürlerde geçen bu artışın sebepleri arasında, kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunları, riskli gebelikler, görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik fetal monitörün yaygınlaşması, malpraktis, medikolegal problemler ve bu nedenlerle müdahaleli doğum komplikasyonlarından kaçınma isteğinin olması sayılmaktadır. Ayrıca kadınlar, önceki olumsuz doğum deneyimleri, doğum korkusunun olması ve çekirdek aile yapısını korumak amacıyla da sezaryen doğumu tercih edebilmektedir. (Sayiner ve ark., 2009; Barbara et al., 2007; Duman ve ark., 2007; Sohbet ve ark., 2012; Aksu ve Özsoy, 2015)

Günümüzde sezaryen doğum ile birlikte artan medikal süreçler ve bu süreçlerin neden olduğu invaziv işlemler, anne adaylarının daha fazla normal doğuma yönlendirilmesinin gerekli olduğunu göstermiştir. Bu nedenle bu alanda yapılan çalışmalarda, kadınların normal doğuma teşvik edilmeleri için doğum öncesi eğitimler verilmektedir. Bu eğitimlerde sadece normal doğumun teşvik edilmesi değil, buna ilave olarak normal doğumda da girişimsel olmayan ağrı yönetimi eğitimleri verilmektedir (Levett ve ark, 2016).

Doğum yapan normal bir kadın, doğum tecrübeleri ve sosyal yaşamındaki kadınların doğum tecrübeleri ile sınırlı bilgiye sahiptir. Sağlık kurumunda çalışan kadınların

ise her gün pek çok doğum olayı ile karşılaşmaları, bu konuda daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olduklarını göstermektedir. Son yıllarda gebelerin normal doğuma yönlendirmelerinin teşvik edilmesi alanında yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının gebeleri normal doğuma yönlendirmede önemli fonksiyonlarının olduğunu rapor etmektedir (Levett ve ark, 2016). Bu çalışmada, her iki doğum yöntemi ve süreçler hakkında daha fazla bilgi sahibi olan doğum yapmış sağlık çalışanların, doğum tercihlerini, bu tercihlerini etkileyen faktörleri ve doğum şekliyle ilgili düşüncelerini ortaya koymayı amaçladık. Bu sayede, sağlık çalışanların, gebe ve ailesine dolaylı olarak yansıttıkları düşünceleri hakkında fikir sahibi olunacaktır. Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı:

1. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre gebelik öykülerine ilişkin özellikleri nelerdir?
2. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum şekilleri ve memnuniyet durumları ne düzeydedir?
3. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum şekilleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı ne yöndedir?
4. Sezaryen ve normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının demografik özellikleri arasında fark var mıdır?
5. Sezaryen ve normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının doğum şekilleri ve memnuniyetleri arasında fark var mıdır?
6. Sezaryen ve normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının doğum şekilleri ile ilgili düşünceleri arasında fark var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde, doğum ve doğum öncesi eğitimlerle ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

4.1. Kavramsal Temel

Doğum eylemi, fetüsün ve bununla birlikte eklerinin anneden tam olarak atılması veya çıkarılması durumudur. Bu durumun doğum olarak kabul edilebilmesi için fetüsün, 500 gram ya da 25cm ya da 20 hafta üzerinde olması gereklidir (Cunningham et al., 2010). DSÖ'ye göre 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlaması getirmiştir (WHO, 1969). Doğum vajinal ya da abdominal yolla olabilmektedir. Günümüzde ise yaygın adıyla doğum, normal yolla ya da sezaryen ile yapılan doğum olmak üzere iki başlık altında bilinmekte ve incelenmektedir.

Geçmişte doğumlar, büyük ölçüde eğitimsiz ancak deneyimli, doğallık yanlısı ebeler tarafından herhangi bir müdahale yapılmadan gerçekleştirilirken, 1930'lu yıllardan itibaren doğum uzmanları, tıbbi yaklaşım ile ebelerin yerini almaya başlamışlardır. Uzmanlar, ne yazık ki bu yaklaşımları ile doğumu tek boyutlu ele almış ve doğumun psiko-sosyal yönünün oldukça sınırlı kalmasına neden olmuştur. 1950 ve sonraki yıllarda yaşanan ve hissedilen ağrı üzerine yapılan çalışmalar artmış, doğumun anne adayının ağrısının yönetiminde farmakolojik yöntemler daha fazla yer almaya başlamıştır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Günümüze kadar yapılan doğum ile ilgili çalışmalar ve gelişmeler incelendiğinde, doğumun normal bir süreç olduğu ve mümkün olan en az girişim ile sonlanması gerektiği belirtilmektedir (Levett ve ark., 2016). Oysa geçmişten günümüze tıbbi zorunluluk halleri dışında yapılan rutin tıbbi uygulamalar, gebenin korkularını hafifletmek üzere farmakolojik ağrı yöntemlerinin ve gelişmiş indüksiyon kullanımını artırmıştır. İstenen ve tercih edilen anne ve baba adaylarının, doğuma hazırlık eğitimleriyle bu süreci doğal, mutlu ve anlamlı geçirmesidir.

4.1.1. Normal Doğum

En yaygın tanımıyla normal doğum, 38. - 42. haftalar arasında uterus kasılmaları ile hiçbir girişime gerek duyulmadan fetus ve eklerinin dışarı atılma sürecidir (Uludağ, 2013; Cunningham et al., 2010). Üç evreden oluşan bu sürecin birinci evresi, düzenli ve gerçek doğum ağrıları ile başlar. Serviksin tam silinme ve dilatasyonu ile sonlanır. Serviks açıklığı 10 cm ve effasmanı %100 olduğunda dilatasyon tamamlanmış ve ikinci evre olan fetüsün doğum sürecine geçilmiş olur. Ardından plasentanın atılmasına kadar geçen süreç olan üçüncü evrede doğum eylemi, ekleriyle birlikte tamamlanmış olur. (Rathfisch ve Güngör, 2009). Doğumun bu üç evde başlayıp tamamlanması, teorik olarak herhangi bir yardım alınmadan da gerçekleştirilmesi mümkün olabilmektedir. Herhangi bir komplikasyon ya da patolojik tıbbi öykü olmadığı sürece, her kadının bebeğini dünyaya getirebilme yeteneğine sahip olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda doğumun patolojik değil, normal bir süreç olduğu bir kez daha vurgulanmaktadır. (Madden ve ark, 2013). Doğum, her ne kadar normal bir süreç olsa da gebe ve eşinin endişeleri, doğumun zor ve çok fazla ağrılı olacağı algısı, normal doğumda da farmakolojik ajanların kullanılmasını gündeme getirmiştir. Bu uygulamalar, normal bir süreç olan vajinal yolla doğumu tıbbileştirmiş ve karmaşık bir hale getirmiştir. Doğum ağrısının farmakolojik yöntemlerle gidermeye yönelik uygulamalar (analjezi ve anestezi), doğum travayının uzamasına neden olurken beraberinde anne adayının memnuniyet düzeyi azalmakta ve bazı maternal-fetal komplikasyonların gelişmesine de yol açmaktadır (Madden ve ark, 2013). Bu da sezaryen oranlarındaki artışın önemli bir nedeni olabilmektedir. (Green ve Baston, 2007).

Gebeler, doğum eyleminde yapılan girişimlerin tıbbi gereklilik nedeniyle olduğunu bilseler de günümüzde sağlık çalışanların rutinleştirdiği bazı girişimler mevcuttur. Gebe ne yazık ki bu konuda alınan kararlara katılımcı olamamakta ve ağrı yönetimi için kullanılan birçok tıbbi girişimler, normal doğum eyleminin adeta bir parçası haline dönüşmektedir. Levett ve ark. (2016) tarafından 13 gebeyi kapsayan çalışmada, kadınların doğum eyleminde ağrı yönetimi için yapılan girişimlerin normal doğumun bir parçası olarak algıladıkları ve hatta normal doğumu teşvik etmek üzere düzenlenen doğuma hazırlık eğitimlerde de bu tıbbi girişimlerin normal doğumun bir parçası gibi sunulduğu rapor edilmiştir. Literatürde son yıllarda yapılan Levett ve ark. (2016), anne adayının ağrı yönetiminde nefes egzersizleri, yoga, meditasyon gibi tamamlayıcı yöntemleri ve ağrıyla mücadele yöntemlerini öğrenmesi üzerine odaklanılmaktadır. Çalışmalarda girişimsiz

normal doğum ile indüksiyon ya da ağrı yönetimi için medikal girişim uygulanan vajinal doğum arasındaki fark giderek daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Adams ve ark, 2011).

4.1.2. Sezaryen Doğum

Normal doğumda bebek ve anne sağlığı için bazı komplikasyonların meydana gelme ihtimali ya da anne adayının normal doğumu yerine getirmesindeki engeller, fetüsün cerrahi girişim uygulanarak abdominal yol ile doğurtulması yoluna gidilmektedir. Sezaryen aslında anne ve bebek için hayat kurtaran büyük ve önemli bir girişimdir. Yeter ki doğru ve uygun endikasyon ile yapılsın. (Ertem ve Koçer, 2008, İğde, 2004). Çünkü vajinal doğum olarak da bilinen normal doğumun sezaryen doğuma kıyasla ekonomik, sosyal ve sağlık açısından çok daha fazla yararları vardır (Patterson ve ark, 2008). Sezaryen doğumun maliyeti yüksek oluşuyla birlikte morbidite ve mortalite oranı da yüksektir (Ertem ve Koçer, 2008). Öte yandan günümüzde en fazla başvurulan kadın doğum cerrahi uygulamalarının başında gelen sezaryen, ne yazık ki yüksek eğitim ve gelire sahip gebelerde normal doğuma oranla daha fazla tercih edilmektedir (Yüksel ve ark, 2015; Canbal ve ark, 2014; Akyol ve ark, 2011; Bektaş, 2008).

4.2. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryen doğumların %85'ten fazlası, geçirilmiş sezaryenler, distosi, fetal distres ve makat geliş nedeniyle gerçekleştirilmektedir. Gelişmiş batılı ülkelerde distosi, sezaryen endikasyonlarının en önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Çeşitli literatür kaynaklarından derlenen sezaryen endikasyonları Tablo 1'de özetlenmiştir (Çağlayan ve ark., 2010; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Sayiner ve ark., 2009).

Tablo 4. 1. Literatürde belirtilen en yaygın sezaryen endikasyonları

Fetuse ait endikasyonlar	Anneye ait endikasyonlar	Travay veya doğuma ait endikasyonlar	Umbilikal kord veya plasentaya ait endikasyonlar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fetal distres ▪ Fetuse bağlı duruş pozisyon anomalileri ▪ Çoğul gebelikler ▪ Fetuse ait anomaliler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geçirilmiş uterus cerrahisi ▪ Sistemik hastalıklar ▪ Vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar ▪ Annenin sezaryen olmak istemesi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baş-pelvis uygunsuzluğu ▪ Uzamış doğum eylemi ▪ Fetal makrozomi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kordon sarkması ▪ Plasenta previa ▪ Ablasyo plasenta ▪ Vasa previa

Bu endikasyonlar, toplumsal yönelim, doğum yapılan yer, doğumun öyküsü vb. pek çok kritere göre farklılık göstermektedir. Uzunçakmak ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2005-2012 yılları arasında sezaryen doğum yapmış 4137 hastanın dosyaları incelenmiştir. Belirlenen başlıca sezaryen endikasyonları arasında, önceden geçirilmiş sezaryen (%45,5), fetal distres (% 18,3), baş-pelvis uygunsuzluğu (% 11,4), uzamış doğum eylemi, prezentasyon anomalileri, preeklampsi (hafif-şiddetli preeklampsi, eklampsi, HELLP), plasentasyon anomalileri (plasenta previa, plasenta dekolmanı), iri fetus, makat geliş ve diğer endikasyonlar (elektif sezaryen, hematolojik patolojiler vs.) yer almaktadır.

Ergöl ve arkadaşlarının (2014) Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesinde yaptıkları çalışmada, sıklık sıralamasına göre sezaryen endikasyonları, baş-pelvis uygunsuzluğu, fetal distres, prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi ve çoğul gebelik olarak belirlenmiştir.

Çağlayan ve arkadaşlar (2010) ise Sorgun Devlet Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yaptıkları çalışmada sezaryen endikasyonları, eski sezaryen olma (%34,8), ilerlemeyen travay (%27,8), fetal distres (%17,6), makat prezentasyon (%8,7) ve diğer endikasyonlar (plasenta dekolman, kordon sarkması, çoğul gebelik, transvers geliş) (%11,1) olarak belirlenmiştir.

Günümüzde sezaryen endikasyonlarından biri olan anne isteğine bağlı elektif sezaryen oranları da artmaktadır. Dünya genelinde elektif sezaryen oranları değerlendirildiğinde; Chong and Mongelli (2003) Singapur’da yaptıkları çalışmada elektif sezaryen oranını %3,7, Lee et al. (2004) Güney Kore’de yaptıkları çalışmada %10,6, Penna and Arulkumaran (2003) İngiltere’de yaptıkları çalışmada %7 olarak bulmuşlardır. Sinnot ve ark. (2015) yılında İrlanda’da yaptıkları çalışmada gebelerin %11’i elektif sezaryeni seçmiştir. Buna karşın elde edilen raporlar doğrultusunda Latin Amerika ülkelerinde bu oran, daha da yüksektir. Angeja ve arkadaşlarının (2006) Şile’de yaptıkları çalışmada, doğumların %56’sının sezaryen ile gerçekleştirildiği ve bunların da %36’sının elektif sezaryen olduğu bildirilmiştir. Belizan ve arkadaşlarının (1999) Brezilya’da bir özel hastanede yaptıkları çalışmada elektif sezaryen oranının %90 lara vardığı belirtilmiştir.

Dünyada Afrika ülkelerine doğru gidildikçe sezaryen endikasyonların anne isteğine bağlı değil de, daha çok fetuse ait nedenlerle yapıldığı görülmektedir. Chu ve ark. 2012 yılında Sahra Altı Afrika (Masisi, Lubutu, Bo, Kabezi)’da yaptıkları bir çalışmada 2010-2011 yılları arasında gerçekleşen sezaryenlerin sırasıyla, ilerlemeyen travay %31,3, makat prezentasyon %18,3, ikinci ya da mükerrer sezaryen %14,4, fetal distress %10 ve diğer %5,5 nedenlerle olduğunu belirlemişlerdir.

Dünyada Batı Avrupa ülkelerinden maddi gücü daha zayıf ülkelere gidildikçe sezaryen oranı azalmaktadır. Bu ülkelerde sezaryen doğum endikasyonları bakıldığında daha çok fetuse ait endikasyonlar oluşturmaktadır. Charoenboon ve arkadaşlarının 2013 yılında Kuzey Tayland’da yaptıkları çalışmada sezaryen doğum oranını %14,7 olarak belirlerken endikasyonlarını baş-pelvis uygunsuzluğu %4,47, ilk doğumun sezaryen doğum olması %4,09, makat prezentasyon %2,61, fetal distress %1,18 ve diğer nedenler %0,22 olarak belirlenmiştir.

4.3. Sezaryen Görülme Sıklığı ve Artış Nedenleri

Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle birlikte sezaryen oranı son yıllarda dünya genelinde artış göstermiştir. DSÖ’nün 1985’ten bu yana sezaryen konusundaki önerisi, sezaryen oranının %10-15 ile sınırlı kalması yönündedir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Kılılı, 2011; Yanikkerem ve ark., 2014; Sohbet ve ark., 2012; Gözükara ve Eroğlu, 2011). 2006 yılında gerçekleştirilen “National Institutes of Health

(NIH) State of the Science Conferance” raporunda sezaryen oranının anne ve bebek sağlığı için mümkün olan optimum seviyede tutulması gerektiği belirtilmiştir (Sohbet ve ark., 2012).

T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 ve DSÖ Dünya Sağlık İstatistiği 2015 verilerine göre, dünya geneli için sezaryen oranı %17, DSÖ Avrupa bölgelerinde %25, üst gelir grubu ülkelerde %28, orta üst gelir grubu ülkelerde %32, Türkiye’de bu oran ise %51’dir. DSÖ ve OECD 2009 raporuna göre Türkiye, sezaryen doğum oranında dünya çapında Brezilya ve Çin’den sonra %48 oranla üçüncü ülke olmuştur (Aydın Sivri ve Yayla, 2010). T.C.Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 yılında bu oran %51’e kadar yükselmiştir. Yine bu verilere göre Türkiye’de bölgeler arasında en çok sezaryen doğumun %62 oranla Ege bölgesinde, en düşük oranın ise %33 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde olduğu belirtilmiştir. (www.istanbulsaglik.gov.tr) Sezaryen oranları ile ilgili en güncel veri olan OECD 2013 verilerine göre sezaryen oranı; Türkiye’de %50.4, Meksika’da %45.2, İtalya’da %36.1, Kuzey Kore’de %36.0, ABD’de %32.5 ve Fransa’da %20.8 düzeyinde rapor edilmiştir. Hollanda ise %15.6 oranla en az sezaryen doğumun görüldüğü ülkedir (OECD, 2016).

Türkiye’de yapılan çalışmalardaki sezaryen oranları; Ergöl ve Kürtüncü (2014) Zonguldak ilinde bir Üniversite Hastanesinde yaptıkları çalışmada 72 kadının %79,2’si; Büyükbayrak ve ark. (2010) İstanbul’da bir Eğitim Araştırma Hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların, %15,9’u; Sayiner ve ark. (2009) Eskişehir’de iki hastanede gerçekleştirdikleri çalışmada %24,4’ü; Gözükara ve Eroğlu’nun (2008) Ankara’da bir Eğitim Araştırma Hastanesinde yaptıkları çalışmada %36,8’i; Yalınkaya ve ark. (2002) Dicle Üniversitesi’nde 1983-2002 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmada 1983 yılı için gebelerin %17.22’i ve 2002 yılında ise %50.39’u; Konakçı ve Kılıç’ın (2004) İzmir Narlıdere Eğitim Araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmada %40,2 olarak belirlenmiştir.

Dünya ve Türkiye’de sezaryen oranlarının yükselmesinin başlıca sebepleri arasında;

1. Kadınlarda gebelik yaşının büyümesi,
2. Sezaryen doğumun daha güvenli olduğu görüşü,
3. İlk doğumun sezaryen olması,

4. Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımının artmasıyla birlikte “kıymetli bebek ” kavramı,
5. Elektronik fetal monitör kullanımının yaygınlaşması,
6. Eğitim, gelir, meslek gibi sosyo ekonomik faktörler,
7. Normal doğum sorumluluğunun hekimler üzerine olan baskısı ve normal doğumda yanlış uygulamalar ya da malpraktis,
8. Gebenin normal doğumdan korkması,
9. Doğuma hazırlık eğitiminin ülke genelinde verilmemesi,
10. Verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin içerik olarak normal doğuma yönlendirmede yetersiz kalması,
11. Sağlık kurumlarının genel olarak doğum öncesi eğitim vermede yetersiz kalması yer almaktadır (Levett ve ark, 2016; Adams ve ark, 2011).

DSÖ ve OECD verilerine göre OECD ülkelerinde ortalama %27,6 olan sezaryen oranı, 2000 yılından itibaren düzenli artış göstermiştir. Dünya genelinde ise 1990 yılında %6,7 oranındayken, 2014 yılında ise %19,1 olarak rapor edilmiştir. Türkiye’de de benzer artış özellikle son yıllarda görülmektedir. Sağlık Bakanlığının en güncel olan 2013 istatistik yıllığına göre 2002 yılında %21,0 olan sezaryen oranı 2009 yılında %42,7 olmuş, 2011 yılında %46,6, 2012 yılında %48,0 ve 2013 yılında ise %50,4 oranında gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Barbara ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, 2006 yılında 1031 Amerikan Kadın Doğum kliniği çalışanları ile yaptıkları ankette sezaryen doğum artışındaki %4-18’lik dilimin anne isteğine ve tercihinine bağlı olduğu saptamıştır. Yalınkaya ve ark. (2002) 20 yıllık hastane kayıtlarının incelendiği çalışmalarında, isteğe bağlı sezaryen oranının yirmi yılda %1.63’ten %14.01’e yükseldiği belirtilmiştir.

Bir başka çalışmada Büyükbayrak ve ark. (2010) Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma hastanesinde 2007 ve 2008 yılları arasında yaptıkları prospektif çalışmada 1588 gebenin sezaryen seçmedeki en önemli sebepleri arasında normal doğumdan korkmak (%45,2) yer almıştır.

Ergöl ve Kürtüncü (2014) Zonguldak ilinde bir üniversite hastanesine 23 Şubat-23 Mart 2011 tarihleri arasında başvuran 72 gebe üzerinde yaptıkları araştırmada, sezaryenlerin %73,7'sinin anne isteğine bağlı, %26,3'ünün ise doktor isteğine bağlı gerçekleştiği belirlenmiştir.

4.4. Ailelerin Doğum Tercihi ve Etkileyen Faktörler

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres oluşturur. Anne adayları kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, annelik sevgisi yanında bir canlı dünyaya getirmenin gururunu da yaşar. Özellikle ilk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşarken doğum anında karşılaşılabileceği olayları tahmin edememektedir. Sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir. Doğum tercihi, kadına verilecek destek ve bilgilendirme sayesinde daha sağlıklı ve doğru olacaktır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Çevredeki kadınların doğum şekilleri, ailede zorlu doğum öyküsü ve üç ya da üzeri çocuk sahibi olma düşüncesi doğum tercihlerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Aksu ve Özsoy, 2015). Genel olarak kadınların, normal doğuma daha olumlu baktıkları ve bu sayede annelik duygusunu daha yoğun yaşayabileceklerini ifade ettikleri, aynı zamanda jinekolojik sorunlarının da giderileceğine inandıkları belirtilmektedir (Gül, 2008). Sezaryen doğum tercihinde özellikle kadınların korkuları daha fazla baskın olmaktadır (Duran ve Atan, 2011). Bir başka çalışmada annenin kentte yaşıyor olması, doğumun özel sektörde yapılmış olması ve annenin daha önce gebelikte sorun yaşamış olması, sezaryen tercihlerini etkilediği belirtilmiştir (Özkan ve ark, 2013). Gebelik ve doğum süreci hakkında bilgi sahibi olan sağlık personeli gebelerde, isteğe bağlı sezaryen oranının daha da yüksek olduğu bildirilmektedir (Akyol ve ark, 2011). Yine bir başka çalışmada, ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığı rapor edilmiştir (Amanak ve Balkaya, 2013).

4.5. Doğuma Hazırlık Programlarının Gebe ve Ailesinin Doğum Tercihine Etkisi

Doğum sürecinde anne adaylarının fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları olduğu ve bu süreçte duygusal desteğe ve bireysel ilgiye daha fazla gereksinim duydukları rapor edilmiştir (Levett ve ark, 2016). Bu süreçte yeterli ve kaliteli hemşirelik bakım ve

uygulamaları, anne adayının sağlıklı ve başarılı bir doğum süreci geçirmesini sağlayacaktır (Yıldırım ve Şahin, 2003).

Doğuma hazırlık eğitimlerinde birçok felsefe ve model kullanılmaktadır. Bir eğitimin niteliğini, temellendiği model ve felsefeler kadar eğitimin uygulandığı toplumun kültürüne ve sağlık sistemine uygunluğu da belirler (Metek ve ark, 2015). Formal doğum eğitimi, doğumun “doğal” bir süreç olması, yenidoğan bakımı ve ebeveynlik konuları üzerine odaklanmış ve doğum konusunda temel hazırlık oluşturmak üzere yapılmıştır (Bayram ve Şahin, 2010). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu, doğum ile ilgili konularda primer karar verici kişinin kadın olduğunu ve ebelerin doğumda gerekmedikçe müdahale içermeyen ve kadının özgüvenini artırıcı girişimleri uygulayarak normal doğumların geliştirilmesine ve komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmaları gerektiğini vurgulamaktadır (Amanak ve Balkaya, 2013). Subaşı ve ark. (2013) Ankara Dr. Zekâi Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde takip edilen, gebeliğinin son trimesterinde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, doğum öncesi eğitimin doğum kaygısı ve korkusu üzerinde önemli etkilerinin olduğunu rapor etmiştir.

DSÖ 2002 yılında yayınladığı temel antenatal, perinatal ve postpartum bakım kılavuzunda, antenatal bakımın amacını fetus ve anne sağlığının korunması için gerekli önlemleri almak ve gebelere bu yönde yol olmak şeklinde belirtmiştir (DSÖ, 2002). Perinatal ya da doğum öncesi (antenatal) eğitim, anne adaylarının gebelik sürecinde özbakımlarını güçlendirmek, olası sorunları önlemek ya da yönetebilmek için bilgilenmelerini sağlamak, onları doğum sürecine hazırlamak, doğum tercihleri, doğum yeri ve şekilleri, lohusalık ve yenidoğan bakımı hakkında bilgilenmelerini sağlamaktır.

Antenatal eğitimler gebelere, eşlerine ve doğumu yapan sağlık profesyonellerine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu eğitimler sayesinde, gebelerin doğum öncesinde anksiyete düzeyleri azalmaktadır (Artieta ve ark, 2010). Yine doğum öncesi eğitimler sayesinde, anne adayları kendilerini normal doğuma daha hazır hissetmektedir (Ayan ve ark, 2015).

Levett ve ark. (2016) çalışmalarında, dünya genelinde verilen çoğu doğum eğitiminin aslında doğum sürecine gebelerin hazırlanmasından ziyade, hastanenin doğum

prosedürünün verildiğini rapor etmişlerdir. Ne yazık ki ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, güvenli annelik hizmetlerinde aktif rol üstlenen ebe ve hemşirelerin, antenatal eğitim ve doğuma hazırlık süreci hakkında yeterli eğitim almadıkları ve deneyim sahibi olmadıkların saptanmıştır (Levett ve ark, 2016). Bunun yanı sıra Amanak ve Balkaya (2013) çalışmalarında, ebelik bölümü öğrencilerinin sadece %34,9'unun doğal doğumu savunduklarını rapor etmişlerdir.

Türkiye'de doğuma hazırlık eğitimleri, uzun yıllardan bu yana farklı biçimlerde eğitim ve uygulamada yer almaktadır. Doğuma hazırlık sınıfı (DHS) ile ilgili eğitimler 1990'lı yıllarda başlamıştır. Bu programların bir kısmı herhangi bir felsefeye odaklanmazken bazıları tek bir felsefeye bazıları ise birden fazla felsefeye odaklanmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda DHS 1999 yılında başlamıştır. Bu program yıllar içerisinde çeşitli değişikliklere uğramıştır. Program 1999 - 2006 yılları arasında sekiz haftalık bir sürede uygulanmıştır (Mete ve ark, 2015; Okumuş ve ark, 2009). Türkiye'de 2012 yılından itibaren 663 sayılı yönerge ile kamu hastaneler birlikleri kurulmuş olup, günümüzde bu birlikler küçük farklılıklar olsa da, dünya standartlarında doğum öncesi eğitimler vermeye başlamıştır. Örnek olarak İstanbul'da doğumların en fazla gerçekleştirildiği "Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Eğitim Odası" da gebelik ve lohusalık dönemlerine ilişkin 2004 yılında başlayan eğitimler, profesyonel hale getirilmiş ve halen güçlenerek devam etmektedir. Yine İstanbul'da "Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" Anne-Bebek Okulunda gebe ve eşleri platez, yoga gibi çok çeşitli yöntemlerle doğuma hazırlanmakta ve bu sayede gebelerin doğum korkularını yenmeleri ve doğumlarını aktif yönetebilmeleri sağlanabilmektedir. Bunu yanı sıra Sağlık Bakanlığı Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı'nın girişimleriyle 2014 yılında yayınlanan bir deklasyon ve beraberinde Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ile ülke çapında doğum öncesinde verilmesi ön görülen eğitimler, gebe ve ailesine yaklaşım standardize edilmeye çalışılmıştır.

4.6. Sağlık Profesyonellerinin Doğum Şekli ve Tercih Hakkındaki Görüşleri

Literatürde son yıllarda kadınların doğum tercihi ve şekilleri hakkındaki düşünceleri üzerine yapılan çalışmalar artmaktadır. Bu çalışmalardan bir kısmında ise doğumda aktif olarak rol alan hekim, ebe ve hemşireler üzerine odaklanılmaktadır. Bu alanda

yapılan çalışmalardan ön plana çıkan ve çalışmamızda incelenen parametreleri içeren bazı yurt içi ve yurt dışı çalışmalar incelenmiştir.

Madden ve ark. (2013), Güney Avustralya'da 400 gebe, 500 kadın doğum uzmanı ve 425 ebe üzerinde anket uygulaması yapılmış ve doğum sırasında ağrı azaltma yöntemleri konusunda gebelerin, ebelerin ve kadın doğum uzmanlarının tercihlerini incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre ebeler daha çok fiziksel ağrı giderme yöntemlerini tercih ederken, hekimlerin çoğunlukla farmakolojik yöntemlerden yana oldukları görülmüştür. Kadınların tercihleri ise genellikle bu ikisi arasında, ancak ebelerin tercihlerine ve önerilerine daha yakın görülmüştür.

Yüksel ve ark. (2015), Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktorların doğum şekillerine yönelik tercihlerini ve bunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, 49 erkek ve 50 kadın hekime 2015 yılında anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %61,6'sı sezaryeni tercih etmiştir. Erkek doktorlarda sezaryen tercih oranı daha yüksek bulunmuştur. Sezaryenin tercih edilmesinde en önemli etken, yenidoğan ya da anne adayında gelişebilecek komplikasyonlardan korkulması olarak belirtilmiştir.

Akyol ve ark. (2011), Ocak - Haziran 2010 Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran 90 sağlık personeli ve 90 sağlık personeli olmayan gebenin doğum tercihleri arasında farkı incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre sağlık personeli olan gebeler daha ileri yaşta doğum yapmayı tercih etmekte, sezaryen doğumu diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla tercih etmektedir. Sağlık personeli olan gebelerde isteğe bağlı sezaryen oranı da daha yüksek olup, gebelik süreci de daha sağlıklı bir şekilde ve planlı yürütülmektedir.

Aksu ve Özsoy (2015), Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu ebelik ve hemşirelik bölümünde okuyan 509 kız öğrencinin doğum şekli tercihleri ve bu tercihlerini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalarında, katılımcıların %76.5'i normal doğum yöntemini, %11.6'sı epidural analjezi ile ağrısız doğumu ve %7.2'si sezaryen ile doğum yapma eğiliminde olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin doğum tercihlerinde, çevredeki kadınların doğum şekilleri, ailede zorlu doğum öyküsü ve üç ya da üzeri çocuk sahibi olma düşüncesinin etkili olduğu belirlenmiştir.

Amanak ve Balkaya (2013), Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümüne 2009-2010 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde kayıt yaptıran ve öğrenimine devam eden ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma ilişkin bilgilerini ve bu konudaki düşüncelerini incelemiştir. Çalışmada beşerli gruplar halinde toplam 20 ebelik bölümü öğrencisi ile görüşme yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin sadece %34,9'u doğal doğumu doğru bulmuştur. Doğal doğuma ilişkin en yüksek bilgi düzeyi, üçüncü sınıf öğrencilerinde görülmüştür. Genel olarak değerlendirildiğinde ise ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma ilişkin yeterli bilgi düzeylerinin olmadığı rapor edilmiştir.

Bektaş (2008), Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2008 yılında başvuran 1588 gebeye yönelik anket çalışmasında gebelerin normal doğum ve sezaryen tercihi ve nedenleri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hastaneye başvuran kadınların %16'sı sezaryen doğumu tercih ederken, sağlık çalışanlarında bu oran %43 olarak bulgulanmıştır. Normal doğumu tercih edenlerin %41,5'i erken iyileşme nedeniyle, sezaryeni tercih edenlerin ise %45,2'si normal doğum korkusu nedeniyle bu yöntemi seçtiğini belirtmiştir.

Canbal ve ark. (2014), 2014 yılında Yozgat Kadışehri Entegre Devlet hastanesi Aile Hekimliği ve Malatya ili Doğanşehir ilçesi ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran toplam 201 gebe üzerinde anket çalışması yapmış ve aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeylerini incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre lise ve üzeri eğitim grubunda sezaryen oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine ilk doğum yapan gebelerin %29,0'u sezaryen doğumu tercih etmiştir.

Çakmak ve ark. (2014), Kasım - Aralık 2013 tarihleri arasında bir üniversite hastanesine başvuran 500 kadınla anket uygulamış ve kadınların isteğe bağlı olarak sezaryen tercihlerini incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre kadınların %69,6'sı tıbbi bir zorunluluk olduğunda sezaryen doğumun tercih edilmesinin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Yine kadınların %53,2'si isteğe bağlı sezaryenin yasaklanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Duran ve Atan (2011), Kasım 2010- Ağustos 2011 tarihleri arasında Isparta'da normal ve sezaryen doğum yapan 38 kadına yüz yüze derinlemesine görüşme tekniği kullanarak kadınların sezaryen ve normal doğum ile ilgili düşüncelerini nitel olarak

incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre genel olarak kadınlar normal doğuma daha olumlu baktıkları ve bu sayede annelik duygusunun daha iyi oluşacağına inandıkları, aynı zamanda jinekolojik sorunların da çözüleceğini düşündükleri belirlenmiştir. Sezaryen doğum tercihinde ise özellikle kadınların korkuları çok daha fazla baskın olmuştur.

Gözükara ve Eroğlu (2008), 2008 yılında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğum sonu servisinde yatan 350 ilk doğumunu yapan anne ile anket çalışması yapmış ve ilk doğumunu yapmış kadınların doğum şekillerine ilişkin tercihlerini etkileyen faktörleri incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre gebelerin çoğunluğu doğal yollarla gebe kalmış ve normal doğumu tercih etmiştir. Ancak planlanmış oranın üzerinde sezaryen doğumun olduğu görülmektedir. Sezaryen doğum konusunda tercih nedenlerinin başında kolay doğum ve ağrı korkusu gelmiştir.

Karabulut (2012), Eylül 2010–Şubat 2011 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi'nin Kadın- Doğum servisinde bulunan 500 kadın üzerinde anket çalışması yapılmış ve kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre vajinal doğum tercih oranı %78,8 olup, bu yöntemin tercih nedenlerinin başında anne için sağlıklı olması gelmektedir. Sezaryen doğum konusunda ise tercih nedenlerinin başında doktor tercihi gelmektedir. Bunun yanı sıra doğum tercihi üzerinde yaş, eğitim durumu, evlenme yaşı ve süresi, tercihe ilişkin bilgi sahibi olma ve doğum öyküsünün etkili olduğu görülmüştür.

Özkan ve ark. (2013), 2013 yılında Ankara il merkezindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran halen gebe olan veya daha önce doğum yapmış 18-49 yaş arası toplam 1159 kadına anket uygulayarak kadınların doğum yöntemi tercihleri ve bunu etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre kadınların %56,8'i son doğumlarını normal yolla, %43,2'si ise sezaryen ile gerçekleştirmiştir. Annenin kentte yaşıyor olması, doğumun özel sektörde yapılmış olması ve annenin daha önce gebelikte sorun yaşamış olması, sezaryen tercihlerini etkileyen önemli etkenler olarak saptanmıştır.

Sayiner ve ark. (2009), 2006 yılında Eskişehir Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Eskişehir Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine başvuran toplam 500 kadına anket yöntemiyle onların tercihlerini etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre sezaryen tercih oranı %24,4'tür. Doğum tercihinde yaş, eğitim, gelir, evlenme yaşı, bilgi düzeyi, önceki

doğum deneyimleri faktörlerinin doğum tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu rapor edilmiştir.

Saymer ve Özerdoğan (2009), normal doğuma ilişkin bilgileri derledikleri makalelerinde kadınların normal doğumu tercih etme gerekçelerini incelemişlerdir. Çalışmada literatür eşliğinde yapılan analizinde, kadınların normal doğum konusunda yeterli bilgi sahibi olmaması ve normal doğuma ilişkin korkuların, sezaryen oranını artırdığı rapor edilmiştir.

Şahin ve ark. (2009), 2008 Ekim ayında İstanbul’da bir devlet hastanesinde, gebeliğin son döneminde olan 100 gebeye anket uygulayarak gebelerin doğum ile ilgili korkuları ve bunu etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre çalışmayan, ilkokul mezunu ve daha önce doğum yapmış olan kadınlarda doğum korkuları ve beklentileri yüksek düzeydedir. Bu konuda yeterli eğitimlerin verilmediği, özellikle hemşirelerin doğum konusunda gerekli desteği vermesinin önemli olduğu rapor edilmiştir.

Şahin (2009), sezaryen doğumun yaygınlığı ve sonuçlarını inceleyen derlemesinde, DSÖ tarafından yapılan yayınlar çerçevesinde, sezaryen doğumun yaygınlığının nedenleri ve sonuçlarını değerlendirilmiştir. Makalede gebelikte hazırlık kursları ve eğitimin yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Buna paralel gelişen doğum korkusu, sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Makaleye göre sezaryen hem anne sağlığına, hem de ülke ekonomisine zarar vermektedir.

Vatansever ve Okumuş (2013), 2013 yılında İzmir’de çeşitli hastanelerde ilk doğumunu yapan 600 kadın üzerinde anket uygulaması yapılmış gebelerin doğum şekillerine karar verme durumlarını incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre gebelerin %81,3’ü doğum konusunda söz sahibi olmak istediğini ifade etmişlerdir. Normal doğuma karar verme oranı %67,2 olup, sezaryen kararı verme oranı ise %13,7’dir. Gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, izlencenin yapıldığı sağlık kurumu, bilgi düzeyleri doğum tercihinde önemli etkenler olmuştur.

Yaşar (2006), Afyon Kocatepe Üniversitesi hastanesinde yaptığı uzmanlık tezinde Mart–Eylül 2006 aylarında Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Afyonkarahisar Kocatepe Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve Fuar Hastanesi Doğum Servislerinde üç

ayda gerçekleşen 612 primipar anneden 314 'üne anket uygulayarak onların doğum tercihleri ve bunları etkileyen etkenleri incelemiştir. Primipar annelerin %74,0'ü vajinal doğumu ve %22,6'sı ise sezaryen doğumu tercih etmiştir. Doğum tercihleri üzerinde eğitim ve gebelik öyküsüne göre anlamlı fark bulunmamış olup, ekonomik durum ise sezaryeni arttıran bir demografi olarak bulgulanmıştır. Diğer bir ifadeyle ekonomik durumu yüksek olanların sezaryen doğumu daha fazla tercih ettikleri görülmüştür.

Houston ve ark. (2015), 24-36 haftalık 160 gebe ile bir anket çalışması gerçekleştirmiş ve doğum türü ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi, gebelerin doğum tercihlerine etkisini değerlendirmiştir. Çalışma sonuçlarına göre antepartum düzeyi yüksek olan kadınlar normal doğumu tercih etmektedir. Yine sonuçlara göre sezaryen doğum, erken postpartum döneminde depresyon riskini arttırmaktadır.

Ogunleye ve ark. (2010), ABD doğumlu ve göçmen asıllı olan 60 gebe üzerinde uygulama yapılmışlardır. Çalışmada gebelerin sancı ile doğum ile ilgili tercihleri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre kültürel ve sosyal statü farklılıkları, doğum şekli ve tercihlerini etkilemektedir.

Stoll ve ark. (2016), Batı Avustralya da toplam 760 üniversite öğrencisinin katıldığı çalışmada doğumun yapıldığı yer ve antenatal bakım ile doğum hizmet sunucularının doğum tercihinin etkisi araştırılmıştır. Ebe yardımı ile doğumu tercih eden öğrencilerin çoğunluğunun normal doğum yanlısı olduğu, buna karşın hekim yardımı alarak doğum yapmak isteyenlerin yenidoğanın sağlığı hakkında endişelerinin ön planda olduğu bulgulanmıştır.

Vermulen ve ark. (2016), tarafından Belçikada doğurgan çağı 830 kadına yönelik gerçekleştirilen çalışmada kadınların ebelerin yeterlik durumu hakkındaki görüşleri ve tercihleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre ebe yardımıyla doğumu tercih eden kadınların %68,0'i dilatasyon döneminde, %66,3'ü ise doğumda herhangi bir sorun yaşamadığı bulgulanmıştır. Doğuma yardım eden kişi konusunda ise çoğunluğunun hekim tercih ettiği sadece %20,2'sinin doğumda ebenin temel rolü olduğunu benimsediği görülmüştür.

Yee ve ark. (2015), farklı popülasyonlarda 24-40 haftalık gebelerin doğum tercihleri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre gebelerin %90,8'i normal doğumu tercih ettikleri görülmüştür. Katılımcıların %75'i doğum konusunda düşüncelerinin sezaryen doğumu tercih etme yönünde olduğunu ifade etmişlerdir.

Yvonne ve ark. (2016), Avustralyalı ebeveynlerle ilgili 654 öğrenci üzerinde çocukluk eğilimleri ile doğum tercihlerine ilişkin korkularının arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre aile öyküleri ve medya deneyimleri, arkadaş çevresinden edinilen bilgiler gibi dış kaynaklardan edinilen bilgiler, kadınların doğum sürecine ilişkin görüşlerini ciddi derecede etkilemektedir. Bu nedenle doğum şekline karar vermede aile, arkadaş çevresi, medya gibi kaynaklardan edinilen bilgilerin önemli rolü olduğu görülmüştür.

Serçekuş ve ark. (2015), 2013 yılında Denizli'de son döneminde olan 162 gebe ve bunların eşleriyle, nullipar (çok doğum yapmış) kadınların ve eşlerinin doğum tercihlerini incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre kadınların %90,8'i, eşlerinin ise %92'si normal doğumu tercih etmektedir. Çalışmada hem gebelerin, hem de eşlerinin genel olarak normal doğumun daha doğal ve sağlıklı yöntem olarak gördükleri saptanmıştır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan, doğum yapmış sağlık profesyonellerinin doğum tercihleri ve doğum şekline ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 457 hekim, 770 hemşire, 63 ebeden oluşan toplam 1290 kişi oluşturdu.

5.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, 29 Haziran 2016 - 1 Eylül 2016 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırmaya alınma kriterlerine uygun kadın sağlık profesyoneli oluşturdu. Saunders ve arkadaşlarının dünya genelinde geçerli istatistik tablosuna göre, %95 güven düzeyinde farklı anakütle büyüklükleri için örneklem hacmi değişmektedir. Bu çalışmanın anakütleleri göz önüne alındığında, %5 hata payı örneklem büyüklüğüne göre 217 kişi oluşturdu. (Saunders et al. 2009). Örneklem seçiminde basit tesadüfi örneklem metodu kullanıldı.

Şekil.5. 1%95 Güven Düzeyinde Farklı Anakütle Büyüklükleri İçin Örnek Hacimleri

Anakütle	%5	%3	%2	%1
50	44	48	49	50
100	79	91	96	99
200	132	168	185	196
300	168	234	267	291
500	217	340	414	475
1000	278	516	706	906
2000	322	696	1091	1655
5000	357	879	1622	3288
10000	370	964	1936	4899

Kaynak: Saunders, Lewis, Thornhill, Research Methods for Business Students, Second Ed., Prebttice. Hall Inc.2000

Araştırmaya alınma kriterleri;

- İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışıyor olmak.
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olmak.
- Doğum yapmış hekim, ebe ve hemşire olmak.

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, kişilere uygulanan anket soruları İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde 29 Haziran 2016– 1 Eylül 2016 tarihleri arasında yapıldı.

İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi:

İstanbul Tıp Fakültesi, Türkiye'nin en eski üniversitesi, İstanbul Üniversitesi'nin iki tıp fakültesinden biridir. Üniversite reformuyla kurulmuş ilk tıp fakültesidir. Türkiye'de modern tıbbın gelişimine öncülük etmiş, sayısız hekim ve bilim insanı yetiştirmiştir. Fakülte ve bağlı birimleri; 112.000 m²'lik alanda, 31.485 m² bina oturumu, 161.636 m² kapalı alanlı ve üçü ikişer bloklu olmak üzere toplam 20 binada hizmet vermektedir. 1535 adet yatak kapasitesine sahiptir. 91 adet poliklinikle insanlara hizmet etmektedir. 34 adet ameliyathane kapasitesiyle tüm operasyonlarını başarıyla gerçekleştirebilmektedir.

5.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, literatür doğrultusunda (Lindholm ve Hildingsson, 2015; Madden ve ark, 2013; Ogunleye ve ark, 2010; Serçekuş ve ark, 2015; Yee ve ark, 2015) hazırlanan soru formu (anket formu) ile toplandı. Soru formu toplamda 37 soru içermektedir. Anket formu 4 ana bölümden oluşmuş olup kadın sağlık çalışanlarına yönelik; sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 6 soru, jinekolojik öykü 21 soru, doğum şekilleri ile ilgili düşüncelerini içeren 6 soru, son doğum şekli ve memnuniyetini içeren 4 soru yer almaktadır. (Ek-1)

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada nominal ve ordinal verilerin dağılımı için frekans analizi kullanıldı. Problemlere ilişkin analizde Çapraz Tablo (Cross tabulation) ve Ki-Kare analizi kullanıldı. Ki-kare analizinde, beklenen ve gözlenen değerler arasındaki fark yüksek olduğu durumlarda, lineer ilişki (Linear by Linear association) ve ikili gruplar için Mann Whitney-U testleri kullanıldı.



6. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen verilerin analizine ilişkin bulgular aşağıda belirtilen başlıklar içerisinde tablo olarak sunuldu.

1. Sağlık Çalışanlarının Genel Dağılımları ve Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi
Bu bölümde genel olarak araştırmaya katılan tüm örneklemin demografik dağılımları, obstetrik öyküleri, son doğumlarına ilişkin bilgiler ve doğumdan duyulan memnuniyet düzeyleri incelendi.
2. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri Temelinde Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi
Bu bölümde sağlık profesyonelleri hekim, hemşire ve ebe olmak üzere üç gruba ayrıldı. Grupların demografik dağılımları, obstetrik öyküleri, son doğumlarına ilişkin bilgiler ve doğumdan duyulan memnuniyet düzeyleri incelendi. Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin mesleklerine göre fark analizi sonuçları verildi.
3. Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihlerinin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı
Bu bölümde sağlık profesyonelleri sezaryen ve normal doğum yapmış olanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Grupların demografik dağılımları, obstetrik öyküleri, son doğumlarına ilişkin bilgiler ve doğumdan duyulan memnuniyet düzeyleri incelendi. Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin son doğum şekillerine göre fark analizi sonuçları verildi.

6.1. Sağlık Çalışanlarının Genel Dağılımları ve Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının genel örneklem çerçevesinde demografik özellikleri, obstetrik öyküleri ve son gebeliklerine ilişkin öykülerini ile dağılımları, son doğumlarından memnuniyet durumları ve doğum tercih nedenleri verildi.

6.1.1. Sağlık Çalışanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 6. 1. Sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri (N=217)

Özellikler	(n)	%
Yaş		
30 yaş ve altı	72	33,2
31-39 arası	110	50,7
40 ve üzeri	35	16,1
Öğrenim		
Lise	34	15,7
Ön lisans	30	13,8
Lisans	82	37,8
Lisansüstü	71	32,7
Aile Tipi		
Geniş aile	19	8,8
Çekirdek aile	198	91,2
Çalışma yılı		
0-3 yıl arası	27	12,4
4-6 yıl arası	60	27,6
6 yıl ve üzeri	130	59,9
Meslek Türü		
Hekim	65	30,0
Hemşire	113	52,1
Ebe	39	18,0

Sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 6.1’de verildi.

Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%50,7’si) 31-39 arasında yaşa sahipti. Katılımcıların büyükçe bir bölümü (%37,8’i) lisans düzeyinde eğitime sahipti. Katılımcıların çoğunluğu (%91,2’si) çekirdek aileye sahipti. Çalışma yılı dağılımına göre %6 yıl ve üzeri deneyimi olanlar çoğunlukta (%59,9’u) 6 yıl ya da

üzerinde mesleki deneyime sahipti. Tüm katılımcıların %30,0'u hekim, %52,1'i hemşire ve %18,0'i ise ebeydi.

6.1.2. Sağlık Çalışanlarının Obstetrik Öykü Dağılımları

Tablo 6. 2. Sağlık çalışanlarının obstetrik öykü dağılımları (N=217)

Özellikler	(n)	%
Gebelik sayısı		
1	85	39,2
2	72	33,2
3	45	20,6
4+	15	7,0
Doğum Sayısı		
1	116	53,5
2	84	38,7
3+	17	7,8
Yaşayan çocuk sayısı		
0	4	1,8
1	115	53,0
2	81	37,3
3+	17	7,8
Düşük sayısı		
0	165	76,0
1-2	52	24,0
Küretaj sayısı		
0	198	91,2
1-2	19	8,8
Ölü doğum		
0	213	97,2
1-2	4	1,8

Sağlık çalışanlarının obstetrik öykü dağılımları Tablo 6.2’de verildi.

Katılımcıların %39,2’si bir, %33,2’si iki, %20,6’sı üç ve %7,0’si ise dört ve üzeri kez gebe kalmıştı. Katılımcılardan %53,5’i bir, %38,7’si iki, %7,8’i ise üç ve üzeri kez doğum yapmıştı. Bu doğumlardan katılımcıların %1,8’inin çocukları yaşamazken, %53,0’ünün bir, %37,3’ünün iki ve %7,8’inin ise üç çocuğu yaşamaktaydı. Düşük sayısı katılımcıların %76,0’sında sıfırken, %24,0’ü ise bir ya da iki kez düşük doğum yapmıştı. Katılımcıların %91,2’si küretaj yaptırmamış ve %97,2’si ise ölü doğum yaşamamıştı.

6.1.3. Sağlık Çalışanlarının Son Gebelik Öyküsüne İlişkin Dağılım

Tablo 6. 3. Sağlık çalışanlarının son gebelik öyküsü dağılımı (N=217)

Özellikler	(n)	%
Planlı gebelik		
Evet	168	77,4
Hayır	49	22,6
Gebe kalma şekli		
Doğal yolla	192	88,5
Tıbbi yardımla (Yapay gebelik)	25	11,5
Yöntem		
Yapay inseminasyon	8	3,7
Tüp bebek	17	7,8
Sağlık sorunu		
Evet	118	54,4
Hayır	99	45,6
Sorun türü		
Bulantı/kusma	65	30,0
Kanama	11	5,1
İYE	27	12,4
ÜSYE	2	0,9
Ağrı/Kasılma	13	6,0

Tablo 6. 3'ün Devamı

Özellikler	(n)	%
Gebelikte sist. rahatsızlık		
Evet	56	25,8
Hayır	162	74,2
Sistemik rahatsızlık türü		
Gebelik HT	24	11,1
Tiroid	11	5,1
Böbrek	2	0,9
Gestasyonel diabet	16	7,4
Kalp hastalığı	3	1,4

*İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu; ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu; HT: Hipertansiyon

Sağlık çalışanlarının son gebelik öyküsü dağılımı Tablo 6.3'te verildi.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %77,4'ü planlı gebelik yapmış ve %88,5'i ise doğal yolla gebe kalmıştı. Yapay yolla gebe kalma yöntemlerinden %3,7 katılımcı yapay inseminasyondan, %7,8 katılımcı ise tüp bebek uygulamasından gebe kalmıştı. Katılımcıların %54,4'ü gebelikte sağlık sorunu yaşadıklarını ifade ettiler. Sağlık sorunları dağılımında %30,0 bulantı/kusma, %5,1 kanama, %12,4 İYE, %0,9 ÜSYE ve %6,0 ağrı/kasılma şeklinde dağılmaktaydı. Sağlık profesyonellerinin %25,8'i gebeliklerinde sistemik bir rahatsızlık geçirdiklerini ifade ettiler. Katılımcıların %11,1'i gebelik HT, %5,1'i tiroid, %0,9'u böbrek rahatsızlığı, %7,4'ü gestasyonel diyabet ve %1,4'ü ise kalp hastalığı geçirmişti.

6.1.4. Sağlık Çalışanlarının Son Gebelikte Kontrole Gitme Ve Doğum Öyküsü Dağılımı

Tablo 6. 4. Sağlık çalışanlarının son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı (N=217)

Özellikler	(n)	%
<i>Kontrol sıklığı</i>		
Ayda bir	144	66,4
Ayda birden sık	48	22,1
Ayda birden seyrek	25	11,5
<i>Kontrolle gidilen yer</i>		
ASM	12	5,5
Özel hekim	76	35,0
Özel klinik	32	14,7
Devlet hastanesi	36	16,6
Özel hastane	25	11,5
Üniversite/EAH	36	16,6
<i>Kontrolü yapan</i>		
Hekim	211	97,2
Ebe	5	2,3
Hemşire	1	0,5
<i>Doğumun yapıldığı yer</i>		
Devlet hastanesi	43	19,8
Üniversite/EAH	56	25,8
Özel hastane	118	54,4
<i>Doğumu yaptıran</i>		
Hekim	204	94,0
Ebe/hemşire	13	6,0
<i>Doğum hazırlık eğitim programı alma</i>		
Evet	159	73,3
Hayır	58	26,7
<i>Kimden?</i>		
Hekim	108	67,9
Ebe	31	19,5
Hemşire	20	12,6

Sağlık çalışanlarının son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı Tablo 6.4'te verildi.

Katılımcıların %66,4'ü ayda bir kez, %22,1'i ayda birden sık ve %11,5'i ise ayda birden seyrek kez kontrole gittiklerini ifade ettiler. Kontrole gidilen yerlerin başında %35,0 oranla özel hekim gelmekteydi. Katılımcıların %97,2'si hekim, %2,3'ü ebe kontrolüne gittiklerini ifade ettiler. Doğum yapılan yerlerin başında %54,4 oranla özel hastane gelip, bunu %25,8 oranla üniversite/EAH ve %19,8 oranla devlet hastanesi izlemekteydi. Katılımcıların %94,0'ü doğumlarının hekim tarafından yapıldığını ifade ettiler. Doğum hazırlık eğitimi alan katılımcıların oranı %73,3'tü. Bunların %67,9'u hekimden, %19,5'i ebeden ve %12,6'sı ise hemşireden bu eğitimi almışlardı.

6.1.5. Sağlık Çalışanlarının Son Doğumlarından Memnuniyet Durumları

Tablo 6. 5. Sağlık çalışanlarının son doğumlarından memnuniyet durumlarının dağılımı (N=217)

Özellikler	(n)	%
Planlanan doğum şekli		
Sezaryen	96	44,2
Normal	121	55,8
Gerçekleşen doğum şekli		
Sezaryen	119	54,8
Normal	98	45,2
Sezaryen ise memnun mu?		
Evet	88	73,9
Hayır	31	26,1
Hayır ise neden?		
Dikiş ağrıları	12	38,7
Geç emzirme	8	25,8
Ayağa geç kalkma	9	29,0
Toparlanma süreci uzunluğu	2	6,5
Tekrar gebe kalırsa tercih		
Normal doğum	125	57,9
Sezaryen doğum	91	42,1

Tablo 6. 5'in Devamı

Özellikler	(n)	%
<i>Tıbbi zorn. dışı sez. tercihi</i>		
Evet	72	33,1
Hayır	111	51,2
Kararsızım	34	15,7
<i>İsteğe bağlı sez. yasaklanmalı</i>		
Evet	56	25,8
Hayır	119	54,8
Kararsızım	42	19,4
<i>Sezaryen hakkında düşünce</i>		
İsteğe bağlı olmalı	111	51,2
Tıbbi zorunlulukta yapılmalı	84	38,7
Bilmiyorum	22	10,1

Sağlık çalışanlarının son doğumlarından memnuniyet durumlarının dağılımı Tablo 6.5'te verildi.

Katılımcıların %44,2'si sezaryen ve %55,8'i ise normal doğum planladıklarını ifade ettiler. Ancak katılımcıların %54,8'i sezaryen, %45,2'si ise normal doğum yapmışlardı. Sezaryen doğum yapanların %73,9'u sezaryen doğumdan memnunlardı. Memnun olmayanların ise %38,7'si dikiş ağrıları, %25,8'i geç emzirme, %29,0'u ayağa geç kalkma ve %6,5'i ise toparlanma sürecinin uzunluğu nedeni ile sezaryen doğumdan memnun olmadıklarını ifade ettiler. Katılımcıların %57,9'u tekrar gebe kalsalar normal doğumu, %42,1'i ise sezaryen doğumu tercih edeceklerini ifade ettiler. Yine katılımcıların %33,1'i tıbbi zorunluluk dışında da sezaryenin tercih edilebileceğini, %25,8'i isteğe bağlı sezaryenin yasaklanması gerektiğini ve %51,2'si ise sezaryenin isteğe bağlı olması gerektiğini ifade ettiler.

6.1.6. Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercih Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 6. 6. Sağlık çalışanlarının doğum tercih nedenlerinin dağılımı

Özellikler*	(n)	%
<i>Normal doğum tercih nedeni</i>		
1) Çevre baskısı	4	1,8
2) Anestezi ya da ameliyat olma korkusu	26	12,0
3) Önceki doğumun normal doğum olması	38	17,5
4) Doğum maliyetinin düşük olması	12	5,5
5) Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönebilmek için	84	38,7
6) Üçten fazla çocuk sahibi olma isteği	28	12,9
7) Daha az kanamanın olması	27	12,4
8) Daha erken emzirebilmek için	66	30,4
<i>Sezaryen doğum tercih nedeni</i>		
1) Bebeğini riske atmamak için	95	43,8
2) Ağrı çekmemek için	32	14,7
3) Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu	25	11,5
4) Doğum zamanını önceden belirleme şansı olduğundan	7	3,2
5) Normal doğum korkusu	25	11,5
6) Önceki zor doğum öyküsü	8	3,7
7) İleri de idrarını tutamama korkusu	7	3,2
8) Rahim ve diğer organların sarkma korkusu	7	3,2
9) Tüplerini bağlatma isteği	4	1,8
10) İleri yaş nedeniyle	17	7,8
11) Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü	19	8,8
12) Önceki doğumun sez. olması	21	9,7

*Bu soruya katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Sağlık çalışanlarının doğum tercih nedenlerinin dağılımı Tablo 6.6'da verildi.

Tablodan da görüldüğü gibi, sağlık profesyonellerinin %1,8'i çevre baskısı, %12,0'si anestezi ya da ameliyat korkusu, %17,5'i önceki doğumun normal doğum olması, %5,5'i doğum maliyetinin düşük olması, %38,7'si erken iyileşme, %12,9'u üçten fazla çocuk sahibi olma, %12,4'ü daha az kanama ve %30,4'ü ise daha erken

emzirebilmek için normal doğumu tercih ettiklerini ifade ettiler. Sezaryen tercih nedenlerine göre katılımcıların %43,8'i bebeği riske atmama, %14,7'si ağrı çekmeme, %11,5'i normal doğum korkusu, %3,2'si doğum zamanını önceden belirleme, %11,5'i normal doğum korkusu, %3,7'si önceki zor doğum öyküsü, %3,2'si ileride idrar tutamama, rahim ve organ sarkma korkusu, %1,8'i tüplerini bağlama isteği, %7,8'i ileri yaş, %8,8'i önceki infertilite öyküsü ve %9,7'si ise önceki doğumlarının sezaryen olması nedeniyle sezaryeni tercih ettiklerini ifade ettiler.

6.2. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri Temelinde Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi

Devam eden bölümde, sağlık çalışanlarının meslekleri temelinde demografik özellikleri, obstetrik öykü dağılımları, son gebelik öyküsü dağılımları, son gebelik kontrol ve doğum öyküsü dağılımları, son doğumlarından memnuniyet durumları ve doğum tercih nedenlerinin dağılımları verildi.

6.2.1. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 6. 7. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre sosyo-demografik özellikleri (N=217)

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Yaş								
30 yaş altı	7	10,8	49	43,4	16	41,0	25,691	0,000 ^a
31-39 arası	40	61,5	54	47,8	16	41,0		
40 ve üzeri	18	27,7	10	8,8	7	18,0		
Öğrenim								
Lise	-		26	23,0	8	20,5	174,054	0,000 ^a
Ön lisans	-		17	15,0	13	33,3		
Lisans	3	4,6	62	54,9	17	43,6		
Lisansüstü	62	95,4	8	7,1	1	2,6		
Aile Tipi								
Geniş aile	4	6,2	10	8,8	5	12,8	1,326	0,250 ^b
Çekirdek aile	61	93,8	103	91,2	34	87,2		
Çalışma yılı								
0-3 yıl arası	3	4,6	21	18,6	3	7,7	3,174	0,075 ^b
4-6 yıl arası	14	21,5	33	29,2	13	33,3		
6 yıl ve üzeri	48	73,8	59	52,2	23	59,0		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6.7’de verildi.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden hekimlerin %10,8'i 30 yaş altı, %61,5'i 31-39 arası ve %27,7'si ise 40 ve üzeri yaşa sahipti. Hemşirelerin %43,4'ü 30 yaş altı, %47,8'i 31-39 arası ve %8,8'i ise 40 ve üzeri yaşa sahipti. Ebelerin %41,0'i 30 yaş altı, aynı oranda 31-39 arası ve %17,9'u ise 40 ve üzeri yaşa sahipti. Fark analizi sonuçlarına göre araştırmaya katılan hekimlerin yaşları ebe ve hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde doktorların %4,6'sının lisans ve %95,4'ünün ise lisansüstü eğitime sahip oldukları görüldü. Hemşirelerin %23,0'ü lise, %15,0'i ön lisans, %54,9'u lisans ve %7,1'i ise lisansüstü eğitime sahipti. Ebelerin %20,5'i lise, %33,3'ü ön lisans, %43,6'sı lisans ve %2,6'sı ise yüksek lisansüstü eğitime sahipti. Fark analizi sonuçlarına göre doktorların eğitim durumları, ebe ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden hekimlerin %93,8'i, hemşirelerin %91,2'si ve ebelerin ise %87,2'si çekirdek aileye sahip olduklarını ifade ettiler. Katılımcıların sahip oldukları aile tiplerine göre dağılımları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %4,6'sı 3 yıl ve altında, %21,5'i 4-6 yıl arası ve %73,8'i ise 6 yıl ile üzerinde mesleki deneyime sahipti. Hemşirelerin %18,6'sı 3 yıl ve altında, %29,2'si 4-6 yıl arasında, %52,2'si ise 6 yıl ile üzerinde deneyime sahipti. Ebelerin %7,7'si 3 yıl ve altında, %33,3'i 4-6 yıl arası ve %59,0'u ise 6 yıl ile üzerinde mesleki deneyime sahipti. Genel olarak tüm gruplarda da çoğunluğun deneyimi 6 yıl ve üzerinde olup, gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

6.2.2. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Obstetrik Öykü Dağılımları

Tablo 6. 8. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre obstetrik öykü dağılımları (N=217)

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Gebelik sayısı								
1	16	24,6	52	46,0	17	43,6		
2	24	36,9	38	33,6	10	25,6	3,741	0,053 ^b
3	20	30,8	15	13,3	10	25,6		
4+	5	7,7	8	7,1	2	5,1		
Doğum Sayısı								
1	24	36,9	71	62,9	21	53,8	5,308	0,021 ^b
2	31	47,7	39	34,5	14	35,9		
3+	10	15,4	3	2,7	4	10,3		
Yaşayan çocuk sayısı								
0	1	1,5	3	2,7				
1	24	36,9	70	61,9	21	53,8	4,177	0,041 ^b
2	30	46,2	37	32,7	14	35,9		
3+	10	15,4	3	2,7	4	10,3		
Düşük sayısı								
0	51	78,5	85	75,2	29	74,4	0,269	0,604 ^a
1-2	14	21,5	28	24,8	10	25,6		
Küretaj sayısı								
0	57	87,7	105	92,9	36	92,3	0,916	0,339 ^b
1-2	8	12,3	8	7,1	3	7,7		

Tablo 6. 8'in Devamı

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Ölü doğum (önceki doğumlar dahil)								
0	64	98,5	110	97,3	39	100,0	0,222	0,637 ^b
1-2	1	1,5	3	2,7				

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre obstetrik öykü dağılımları ve fark analizi sonuçları Tablo 6.8'de verildi.

Araştırmaya katılan hekimlerin %24,6'sı bir, %36,9'u iki, %30,8'i üç, %7,7'si ise 4 ve üzeri kez gebe kalmıştı. Hemşirelerin %46,0'sı bir, %33,6'sı iki, %13,3'ü üç ve %7,1'i ise 4 ve üzeri kez gebe kalmıştı. Ebelerin %43,6'sı bir, %25,6'sı iki, %25,6'sı üç, %5,1'i ise 4 ve üzeri kez gebe kalmıştı. Fark analizi sonuçlarına göre sağlık profesyonellerinin gebe kalma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Hekimlerin %36,9'u bir kez, %47,7'si iki kez, %15,4'ü ise üç ve üzeri kez doğum yapmıştı. Hemşirelerin %62,9'u bir kez, %34,5'i iki kez, %2,7'si ise üç e üzeri kez doğum yapmıştı. Ebelerin %53,8'i bir kez, %35,9'u iki kez, %10,3'ü ise üç ve üzeri kere doğum yapmıştı. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Yaşayan çocuk sayısı hekimlerin büyükçe bir bölümünde iki, hemşirelerin büyükçe bir bölümünde bir ve ebelerin ise çoğunluğunda yine bir olarak bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Düşük sayısı hekimlerde %21,5; hemşirelerde %24,8 ve ebelerde ise %25,6 olarak bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre sağlık profesyonellerinin düşük yapma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Küretaj oranı hekimlerde %12,3; hemşirelerde %7,1 ve ebelerde %7,7 oranında bulundu. Fark analizi sonuçlarına

göre sağlık personelinin kürtaj olma oranları mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Benzer şekilde ölü doğum oranları da düşük olup hekimlerde %1,5; hemşirelerde %2,7 olarak bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre ölü doğum oranı mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermedi ($p>0,05$).

6.2.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Son Gebelik Öyküsü Dağılımı

Tablo 6. 9. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son gebelik öyküsü dağılımı (N=217)

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Planlı gebelik								
Evet	50	76,9	90	79,6	28	71,8	1,035	0,596 ^a
Hayır	15	23,1	23	20,4	11	28,2		
Gebe kalma şekli								
Doğal yolla	57	87,7	102	90,3	34	87,2	0,002	0,969 ^b
Tıbbi yardımla (Yapay gebelik)	8	12,3	11	9,7	5	12,8		
Yöntem								
Yapay inseminasyon	0		5	45,4	3	60,0	5,473	0,019 ^b
Tüp bebek	8	100,0	6	54,6	2	40,0		
Sağlık sorunu								
Evet	49	75,4	54	47,8	15	38,5	17,523	0,000 ^a
Hayır	16	24,6	59	52,2	24	61,5		
Sorun türü								
Bulantı/kusma	25	51,0	33	61,1	7	46,7		
Kanama	6	12,2	4	7,4	1	6,7	0,551	0,458 ^b
İYE	15	30,6	8	14,8	4	26,7		
ÜSYE	0		1	1,9	1	6,7		
Ağrı/Kasılma	3	6,1	8	14,8	2	13,3		

Tablo 6. 9'un Devamı

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Gebelikte sist. rahatsızlık								
Evet	18	27,7	25	22,1	12	30,8	1,415	0,493 ^a
Hayır	47	72,3	88	77,9	27	69,2		
Sistemik rahatsızlık türü								
Gebelik HT	7	38,9	10	40,0	7	53,8	0,869	0,351 ^b
Tiroid	2	11,1	8	32,0	1	7,7		
Böbrek	0		1	4,0	1	7,7		
Gestasyonel diabet	8	44,4	5	20,0	3	23,1		
Kalp hastalığı	1	5,6	1	4,0	1	7,7		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi); İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu; ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu; HT: Hipertansiyon

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son gebelik öyküsü dağılımı Tablo 6.9'da verildi.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden hekimlerin %76,9'u, hemşirelerin %79,6'sı ve ebelerin ise %71,8'i son gebeliklerinin planlı bir gebelik olduğunu ifade ettiler. Her üç meslek grubunda da çoğunluk planlı olarak gebe kalmıştı ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %87,7'si, hemşirelerin %90,3'ü ve ebelerin ise %87,2'si doğal yolla gebe kalmıştı. Meslek gruplarına göre gebe kalma şekilleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tıbbi yardımla gebe kalan hekimlerin tamamı, hemşirelerin %54,6'sı ve ebelerin %40'ı tüp bebek yöntemi ile gebe kalmıştı. Geri kalan meslek grupları içerisindeki katılımcılar yapay inseminasyon yöntemi ile gebe kaldıklarını ifade ettiler. Gebe kalma yöntemi açısından gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Sağlık profesyonellerinden hekimlerin %75,4'ü, hemşirelerin %47,8'i ve ebelerin ise %38,5'i son gebeliklerinde bir sağlık sorunu yaşadıklarını ifade ettiler. Sağlık sorunu yaşama dağılımı açısından meslek grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Yaşanan sağlık sorununun dağılımı incelendiğinde hekimlerin %51,0'i bulantı/kusma, %12,2'si kanama, %30,6'sı İYE ve %6,1'i ise ağrı/kasılma sorunu yaşadıklarını ifade ettiler. Hemşirelerin %61,1'i bulantı/kusma, %7,4'ü kanama, %14,8'i İYE, %1,9'u ÜSYE ve %14,8'i ise ağrı/kasılma sorunu yaşadıklarını ifade ettiler. Ebelerin %46,7'si bulantı/kusma, %6,7'si kanama, %26,7'si İYE, %6,7'si ÜSYE ve %13,3'ü ise ağrı/kanama sorunu yaşadıklarını belirttiler. Fark analizi sonuçlarına göre çoğunluk her üç grupta da bulantı/kusma sorunu yaşamıştı ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %27,7'si, hemşirelerin %22,1'i ve ebelerin ise %30,8'i gebelikleri sırasında bir sistemik rahatsızlık yaşadıklarını ifade ettiler. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Gebeliği sırasında sistemik bir rahatsızlık geçiren hekimlerin %38,9'u gebelik HT, %11,1'i tiroid, %44,4'ü gestasyonel diyabet ve %5,6'sı ise kalp rahatsızlığı geçirdiklerini ifade ettiler. Hemşirelerin %40,0'ı gebelik HT, %32,0'si tiroid, %4,0'ü böbrek rahatsızlığı, %20,0'si gestasyonel diyabet ve %4,0'ü ise kalp hastalığı geçirdiler. Ebelerin %53,8'i gebelik HT, %7,7'si tiroid ve böbrek rahatsızlığı, %23,1'i gestasyonel diyabet ve %7,7'si ise kalp hastalığı geçirdiler. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

6.2.4. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Son Gebelikte Kontrole Gitme Ve Doğum Öyküsü Dağılımı

Tablo 6. 10. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı (N=217)

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
<i>Kontrol sıklığı</i>								
Ayda bir	54	83,1	75	66,4	15	38,5	26,365	0,000 ^b
Ayda birden sık	11	16,9	24	21,2	13	33,3		
Ayda birden seyrek	0		14	12,4	11	28,2		
<i>Kontrole gidilen yer</i>								
ASM	0		9	8,0	3	7,7		
Özel hekim	31	47,7	33	29,2	12	30,8	2,412	0,120 ^b
Özel klinik	5	7,7	22	19,5	5	12,8		
Devlet hastanesi	3	4,6	22	19,5	11	28,2		
Özel hastane	2	3,1	18	15,9	5	12,8		
Üniversite/EAH	24	36,9	9	8,0	3	7,7		
<i>Kontrolü yapan</i>								
Hekim	65	100,0	109	96,5	37	94,9	1,966	0,161 ^b
Ebe	0		3	2,7	2	5,1		
Hemşire	0		1	,9	0			
<i>Doğumun yapıldığı yer</i>								
Devlet hastanesi	2	3,1	27	23,9	14	35,9	37,973	0,000 ^a
Üniversite/EAH	32	49,2	16	14,2	8	20,5		
Özel hastane	31	47,7	70	61,9	17	43,6		
<i>Doğumu yaptıran</i>								
Hekim	65	100,0	103	91,2	36	92,3	3,639	0,056 ^b
Ebe/hemşire	0		10	8,8	3	7,7		

Tablo 6. 10'un Devamı

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Doğum hazırlık eğitim programı alma								
Evet	40	61,5	89	78,8	27	69,2	6,223	0,045 ^a
Hayır	25	38,5	24	21,2	12	30,8		
Kimden?								
Hekim	39	97,5	55	60,4	14	50,0	13,548	0,000 ^b
Ebe	1	2,5	19	20,9	11	39,3		
Hemşire	0		17	18,7	3	10,7		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı Tablo 6.10'da verildi.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden hekimlerin %83,1'i, hemşirelerin %66,4'ü ve ebelerin ise %38,5'i ayda bir kez sağlık kontrolüne gittiklerini ifade ettiler. Ayda birden daha sık kontrole gitme oranı hekimlerde %16,9, hemşirelerde %21,2 ve ebelerde %33,3 oranındaydı. Fark analizi sonuçlarına göre kontrole gitme sıklığı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekteydi ($p<0,05$).

Kontrole gidilen yere göre dağılım incelendiğinde, hekimlerin %47,7'sinin özel hekimlere, %7,7'sinin özel kliniğe, %4,6'sının devlet hastanesine, %3,1'inin özel hastaneye ve %36,9'unun ise üniversite ya da eğitim araştırma hastanesine kontrole gittiği görüldü. Hemşirelerin ise %8,0'i ASM, %29,2'si özel hekime, %19,5 oranla özel klinik ve devlet hastanesine, %15,9'u özel hastaneye ve %8,0'i ise üniversite ya da eğitim araştırma hastanesine gittiklerini ifade ettiler. Ebelerin %7,7'si ASM, %30,8'i özel hekime, %12,8'i özel kliniğe, %28,2'si devlet hastanesine, %12,8'i özel hastaneye ve %7,7'si ise üniversite ya da eğitim araştırma hastanesine gittiklerini ifade ettiler. Fark

analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sağlık profesyonellerinden hekimlerin tamamı, hemşirelerin %96,5'i ve ebelerin ise %94,9'u hekim tarafından kontrolünün yapıldığını ifade ettiler. Genel olarak çoğunluk üç grupta da hekime kontrole gitmekteydi ve fark analizi sonuçları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Hekimlerin %3,1'i devlet hastanesinde, %49,2'si üniversite ya da eğitim araştırma hastanesinde, %47,7'si ise özel hastanede doğum yaptıklarını ifade ettiler. Hemşirelerin %23,9'u devlet hastanesinde, %14,2'si üniversite ya da eğitim araştırma hastanesinde, %61,9'u ise özel hastanede doğum yaptıklarını ifade ettiler. Ebelerin %35,9'u devlet hastanesinde, %20,5'i üniversite ya da eğitim araştırma hastanesinde ve %43,6'sı ise özel hastanede son doğumlarını gerçekleştirmişti. Doğumun gerçekleştirildiği yere göre dağılım, meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermekteydi ($p<0,05$).

Hekimlerin tamamı, hemşirelerin %91,2'si ve ebelerin ise %92,3'ü doğumlarının hekim tarafından yapıldığını ifade ettiler. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %97,5'i, hemşirelerin %78,8'i ve ebelerin ise %69,2'si doğum öncesi doğum eğitimi aldıklarını ifade ettiler. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Eğitim alan hekimlerin %97,5'i bu eğitimi bir hekim tarafından, %2,5'i ise ebe tarafından almıştı. Hemşirelerin ise %60,4'ü hekimden, %20,9'u ebeden, %18,7'si ise hemşireden eğitim almıştı. Ebelerin %50,0'si hekimden, %39,3'ü ebeden, %10,7'si ise hemşireden eğitim almıştı. Eğitim alınan kişiye göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

6.2.5. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Son Doğumlarından Memnuniyet Durumları

Tablo 6. 11. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son doğumlarından memnuniyet durumlarının dağılımı (N=217)

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
<i>Planlanan doğum şekli</i>								
Sezaryen	30	46,2	46	40,7	20	51,3	1,452	0,484 ^a
Normal	35	53,8	67	59,3	19	48,7		
<i>Gerçekleşen doğum şekli</i>								
Sezaryen	33	50,8	64	56,6	22	56,4	0,621	0,733 ^a
Normal	32	49,2	49	43,4	17	43,6		
<i>Sezaryen ise memnun mu?</i>								
Evet	27	81,8	43	67,2	18	81,8	3,287	0,193 ^a
Hayır	6	18,2	21	32,8	4	18,2		
<i>Hayır ise neden?</i>								
Dikiş ağrıları	4	66,7	6	28,6	2	50,0	0,119	0,730 _b
Geç emzirme	0		7	33,3	1	25,0		
Ayağa geç kalkma	2	33,3	6	28,6	1	25,0		
Toparlanma süreci uzunluğu	0		2	9,5	0			
<i>Tekrar gebe kalırsa tercih</i>								
Normal doğum	35	54,7	70	61,9	20	51,3	1,730	0,421 ^a
Sezaryen doğum	29	45,3	43	38,1	19	48,7		
<i>Tıbbi zorn. dışı sez. tercihi</i>								
Evet	26	40,0	34	30,1	12	30,8	4,486	0,344 ^a
Hayır	29	44,6	64	56,6	18	46,2		
Kararsızım	10	15,4	15	13,3	9	23,1		

Tablo 6. 11'in Devamı

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
<i>İsteğe bağlı sez. yasaklanmalı</i>								
Evet	15	23,1	29	25,7	12	30,8	6,223	0,183 ^a
Hayır	38	58,5	66	58,4	15	38,5		
Kararsızım	12	18,5	18	15,9	12	30,8		
<i>Sezaryen hakkında düşünce</i>								
İsteğe bağlı olmalı	35	53,8	59	52,2	17	43,6	0,010	0,921 ^b
Tıbbi zorunlulukta yapılmalı	18	27,7	48	42,5	18	46,2		
Bilmiyorum	12	18,5	6	5,3	4	10,3		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre son doğumlarından memnuniyet durumlarının dağılımı Tablo 6.11'de verildi.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden hekimlerin %46,2'si, hemşirelerin %40,7'si ve ebelerin %51,3'ü son doğumlarını sezaryen doğum olarak planlamıştı. Doğum planlama dağılımına göre meslek grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son doğumların gerçekleşme oranlarında ise hekimlerin %50,8'i, hemşirelerin %56,6'sı ve ebelerin ise %56,4'ü sezaryen doğum gerçekleştirdiklerini ifade ettiler. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sezaryen doğum yapan hekimlerin %81,8'i, hemşirelerin %67,2'si ve ebelerin %81,8'i son doğumlarından memnun olduklarını ifade ettiler. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son doğumunu sezaryen yapıp memnun olmayanların nedenleri sorulduğunda hekimlerin dördü dikiş ağrıları, ikisi ise ayağa geç kalkma nedeniyle memnun olmadıklarını ifade ettiler. Hemşirelerin ise altısı dikiş ağrıları, birisi geç emzirme ve birisi ise ayağa geç kalkma nedeniyle memnun olmadıklarını ifade ettiler. Ebelerin ikisi dikiş ağrısı, birisi geç emzirme ve birisi ise ayağa geç kalkma nedeniyle memnun olmadıklarını ifade ettiler. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %54,7'si, hemşirelerin %61,9'u ve ebelerin ise %51,3'ü tekrar gebe kalmaları durumunda normal doğumu tercih edeceklerini ifade ettiler. Gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %40,0'ı, hemşirelerin %30,1'i ve ebelerin %30,8'i tıbbi bir zorunluluk olmasa dahi, sezaryenin tercih edilebilmesini düşündüklerini ifade ettiler. Her üç meslek grubunda da tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece, sezaryenin tercih edilmemesi gerektiği fikri hakimdi ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hekimlerin %58,5'i, hemşirelerin %58,4'ü ve ebelerin %38,5'i isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmaması gerektiğini ifade ettiler. Her üç meslek grubunda da çoğunluk, isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmaması düşüncesindeydi. Fark analizi sonuçları da gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Hekimlerin %53,8'i, hemşirelerin %52,2'si ve ebelerin ise %43,6'sı sezaryenin isteğe bağlı olması gerektiği düşüncesindeydiler. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

6.2.6. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Doğum Tercih Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 6. 12. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum tercih nedenlerinin dağılımı (N=217)

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
<i>Normal doğum tercih nedeni</i>								
1) Çevre baskısı	1	1,5	2	1,8	1	2,6	0,125	0,723 ^b
2) Anestezi ya da ameliyat olma korkusu	2	3,1	16	14,2	8	20,5	7,773	0,005 ^b
3) Önceki doğumun normal doğum olması	18	27,7	13	11,5	7	17,9	2,839	0,092 ^a
4) Doğum maliyetinin düşük olması	2	3,1	9	8,0	1	2,6	0,036	0,849 ^b
5) Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönebilmek için	21	32,3	46	40,7	17	43,6	1,705	0,426 ^a
6) Üçten fazla çocuk sahibi olma isteği	17	26,2	8	7,1	3	7,7	14,507	0,001 ^a
7) Daha az kanamanın olması	7	10,8	15	13,3	5	12,8	0,138	0,710 ^b
8) Daha erken emzirebilmek için	22	33,8	33	29,2	11	28,2	0,530	767 ^a

Tablo 6. 12'nin Devamı

Özellikler	Hekim (n=65)		Hemşire (n=113)		Ebe (n=39)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
<i>Sezaryen doğum tercih nedeni</i>								
1) Bebeğini riske atmamak için	29	44,6	51	45,1	15	38,5	0,551	0,759 ^a
2) Ağrı çekmemek için	4	6,2	21	18,6	7	17,9	5,459	0,065 ^a
3) Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu	3	4,6	16	14,2	6	15,4	3,479	0,062 ^b
4) Doğum zamanını önceden belirleme şansı olduğundan	1	1,5	4	3,5	2	5,1	1,069	0,301 ^b
5) Normal doğum korkusu	2	3,1	17	15,0	6	15,4	4,737	0,030 ^b
6) Önceki zor doğum öyküsü	1	1,5	6	5,3	1	2,6	0,255	0,613 ^b
7) İleri de idrarını tutamama korkusu	2	3,1	4	3,5	1	2,6	0,008	0,928 ^b
8) Rahim ve diğer organların sarkma korkusu	1	1,5	5	4,4	1	2,6	0,222	0,637 ^b
9) Tüplerini bağlatma isteği	1	1,5	2	1,8	1	2,6	0,125	0,723 ^b
10) İleri yaş nedeniyle	12	18,5	4	3,5	1	2,6	10,978	0,001 ^b
11) Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü	10	15,4	5	4,4	4	10,3	1,712	0,191 ^b
12) Önceki doğumun sez. olması	9	13,8	8	7,1	4	10,3	0,696	0,404 ^b

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum tercih nedenlerinin dağılımı Tablo 6.12'de verildi.

Normal doğum yapan hekimlerin %1,5'i, hemşirelerin %1,8'i ve ebelerin ise %2,6'sı çevre baskısı nedeniyle normal doğumu tercih ettiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Anestezi ya da ameliyat

olma korkusu ile normal doğum yapan hekim oranı %3,1, hemşire oranı %14,2 ve ebe oranı ise %20,5'ti. Gruplar arasındaki fark analizi sonuçları ise istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Hekimlerin %27,7'si, hemşirelerin %11,5'i ve ebelerin %17,9'u önceki doğumlarının da normal doğum olması nedeniyle normal doğumu seçtiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %3,1'i, hemşirelerin %8,0'i ve ebelerin ise %2,6'sı normal doğumun düşük maliyetini tercih nedeni olarak görmekteydi ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %32,3'ü, hemşirelerin %40,7'si ve ebelerin %43,6'sı erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek için normal doğumu tercih ettiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %26,2'si, hemşirelerin %7,1'i ve ebelerin %7,7'si üçten fazla çocuk sahibi olmak için normal doğumu tercih ettiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Hekimlerin %10,8'i, hemşirelerin %13,3'ü ve ebelerin %12,8'i daha az kanama olması nedeniyle normal doğumu tercih ettiler ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Daha erken emzirmek için normal doğumu seçme oranı hekimlerde %33,8, hemşirelerde %29,2 ve ebelerde ise %28,2 olup, fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sezaryen doğumu tercih etme nedenlerinde ise hekimlerin %44,6'sı, hemşirelerin %45,1'i ve ebelerin %38,5'i bebeği riske atmamayı gösterdi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %6,2'si, hemşirelerin %18,6'sı ve ebelerin %17,9'u ağrı çekmemek için sezaryeni seçtiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %4,6'sı, hemşirelerin %14,2'si ve ebelerin %15,4'ü cinsel organda yaralanma korkusu ile sezaryeni tercih ettiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %1,5'i, hemşirelerin %3,5'i ve ebelerin %5,1'i doğum zamanını önceden belirleme şansı olmadığından sezaryeni tercih ettiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %3,1'i, hemşirelerin %15,0'i ve ebelerin %15,4'ü normal doğum korkusundan sezaryeni tercih ettiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Hekimlerin %1,5'i, hemşirelerin %5,3'ü ve ebelerin %2,6'sı önceki zor doğum öyküsünden dolayı sezaryeni tercih ettiklerini ifade

ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hekimlerin %18,5'i ileri yaş nedeniyle, %15,4'ü önceki infertilite ya da gebelik öyküsü ve %13,8'i ise önceki doğumun sezaryen olması nedeniyle sezaryeni tercih ettiklerini ifade ettiler. Hemşirelerde bu oranlar sırasıyla %3,5 %4,4 ve %7,1'di. Ebelerde sırasıyla %2,6 %10,3 ve %10,3'tü. İleri yaş nedeniyle sezaryeni tercih etme dağılımında gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

6.3. Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihlerinin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Devam eden bölümde, sağlık çalışanlarının doğum tercihi temelinde demografik özellikleri, obstetrik öykü dağılımları, son gebelik öyküsü dağılımları, son gebelik kontrol ve doğum öyküsü dağılımları, son doğumlarından memnuniyet durumları ve doğum tercih nedenlerinin dağılımları verildi.

6.3.1. Sağlık Çalışanların Doğum Tercihlerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 6. 13. Sağlık çalışanların doğum tercihlerinin demografik özelliklerine göre dağılımı (N=217)

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
Yaş						
30 yaş altı	30	25,2	42	42,9	7,584	0,023 ^a
31-39 arası	68	57,1	42	42,9		
40 ve üzeri	21	17,6	14	14,3		
Öğrenim						
Lise	22	18,5	12	12,2	2,953	0,399 ^a
Ön lisans	16	13,4	14	14,3		
Lisans	47	39,5	35	35,7		
Lisansüstü	34	28,6	37	37,8		
Aile Tipi						
Geniş aile	12	10,1	7	7,1	0,582	0,446 ^a
Çekirdek aile	107	89,9	91	92,9		
Çalışma Yılı						
0-3 yıl arası	9	7,6	18	18,4	8,996	0,011 ^a
4-6 yıl arası	29	24,4	31	31,6		
6 yıl ve üzeri	81	68,1	49	50,0		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanların doğum tercihlerinin demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.13'te verildi.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden son doğumunu sezaryen olarak gerçekleştirenlerin %25,2'si 30 ve altında, %57,1'i 31-39 arasında ve %17,6'sı ise 40 ve üzerinde yaşa sahipti. Son doğumunu normal gerçekleştirenlerin ise %42,9'u 30 ve altında, %42,9'u 31-39 arasında ve %14,3'ü ise 40 ve üzerinde yaşa sahipti. Sezaryen yapan ve normal doğum yapan grubun yaşları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Son doğumunu sezaryen yapanların %18,5'i lise, %13,4'ü ön lisans, %39,5'i lisans ve %28,6'sı ise lisansüstü eğitime sahipti. Son doğumunu normal yapanların %12,2'si lise, %14,3'ü ön lisans, %35,7'si lisans ve %37,8'i ise lisansüstü eğitime sahipti. Eğitime göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son doğumunu sezaryen yapan sağlık profesyonellerinin %10,1'i, normal doğum yapanların ise %7,1'i geniş aileye, diğer profesyoneller ise çekirdek aileye sahipti. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sezaryen tercih eden grubun %7,6'sı 0-3 yıl arası, %24,4'ü 4-6 yıl arası ve %68,1'i ise 6 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahipti. Normal doğum tercih eden grubun %18,4'ü 0-3 yıl arası, %31,6'sı 4-6 yıl arası ve %50,0'si ise 6 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahipti. Gruplar arasındaki farklar ise istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

6.3.2. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Obstetrik Öykü Dağılımları

Tablo 6. 14. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre obstetrik öykü dağılımları (N=217)

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
Gebelik sayısı						
1	48	40,3	37	37,8		
2	36	30,3	36	36,7	2,885	0,410 ^a
3	24	20,2	21	21,4		
4+	11	9,2	4	4,1		
Doğum Sayısı						
1	65	53,0	53	54,1	0,084	0,772 ^b
2	45	37,8	39	39,8		
3+	11	9,2	6	6,1		
Yaşayan çocuk sayısı						
0	3	2,5	1	1,0		
1	61	51,3	54	55,1	0,189	0,663 ^b
2	44	37,0	37	37,8		
3+	11	9,2	6	6,1		
Düşük sayısı						
0	91	76,5	74	75,5	0,027	0,869 ^a
1-2	28	23,5	24	24,5		
Küretaj sayısı						
0	110	92,4	88	89,8	0,469	0,493 ^a
1-2	9	7,6	10	10,2		
Ölü doğum						
0	116	97,5	97	99,0	0,417	0,518 ^b
1-2	3	2,5	1	1,0		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre obstetrik öykü dağılımları Tablo 6.14'te verildi.

Son doğumu sezaryen olan sağlık profesyonellerinin %40,3'ü bir, %30,3'ü iki, %20,2'si üç ve %9,2'si ise 4 ve üzeri kez gebe kaldıklarını ifade ettiler. Son doğumu normal olan profesyonellerin ise %37,8'i bir, %36,7'si iki, %21,4'ü üç ve %4,1'i ise dört ve üzerinde kez gebe kaldıklarını ifade ettiler. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son doğumu sezaryen olan sağlık profesyonellerinin %53,0'ü bir, %37,8'i iki ve %9,2'si ise üç ya da daha çok kez doğum yaptıklarını ifade ettiler. Normal doğum grubunda ise profesyonellerin %54,1'i bir, %39,8'i iki ve %6,1'i ise üç ya da daha fazla kez doğum yaptıklarını ifade ettiler. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sezaryen doğum grubunun %51,3'ünde tek çocuk, normal doğum grubunun ise %55,1'inde tek çocuk sahibi olan sağlık profesyonelleri çoğunlukta ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Düşük yapmama oranı sezaryen doğum yapan grupta %76,5 olup, normal doğum yapan grupta ise bu oran %75,5 olarak bulundu ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Küretaj olmama oranı ise sezaryen doğum grubunda %92,4 olup, normal doğum yapan grupta ise %89,8'di ve gruplar arasındaki fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Ölü doğum sezaryen grubunda %2,5 oranında olup, normal doğum yapan grupta ise %1,0 olarak bulundu. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

6.3.3. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Son Gebelik Öyküsü Dağılımı

Tablo 6. 15. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre son gebelik öyküsü dağılımı (N=217)

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
Planlı gebelik						
Evet	93	78,2	75	76,5	0,081	0,776 ^a
Hayır	26	21,8	23	23,5		
Gebe kalma şekli						
Doğal yolla	95	79,8	98	100,0	22,222	0,000 ^a
Tıbbi yardımla	24	20,2	0			
Yöntem						
Yapay inseminasyon	8	32,0				
Tüp bebek	17	68,0				
Sağlık sorunu						
Evet	70	58,8	48	49,0	2,099	0,147 ^a
Hayır	49	41,2	50	51,0		
Sorun türü (son gebelik)						
Bulantı/kusma	38	54,3	27	56,3		
Kanama	7	10,0	4	8,3	1,908	0,167 ^b
İYE	12	17,1	15	31,3		
ÜSYE	0		2	4,2		
Ağrı/Kasılma	13	18,6	0			
Gebelikte sist. rahatsızlık						
Evet	39	32,8	16	16,3	7,683	0,006 ^a
Hayır	80	67,2	82	83,7		
Sistemik rahatsızlık türü						
Gebelik HT	15	37,5	9	56,3		
Tiroid	9	22,5	2	12,5	1,283	0,257 ^b
Böbrek	1	2,5	1	6,3		
Gestasyonel diabet	12	30,0	4	25,0		
Kalp hastalığı	3	7,5	0			

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre son gebelik öyküsü dağılımı Tablo 6.15'te gösterildi.

Son doğumu sezaryen olan sağlık profesyonellerinin %78,2'si, normal olanların ise %76,5'i planlı bir gebelik olduğunu ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sezaryen doğum yapan grubun %79,8'i, normal doğum yapan grubun ise tamamı doğal yolla gebe kaldılar ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Tıbbi yönetime başvuran ve son doğumunu sezaryen yapan grubun %32,0'si yapay inseminasyon, %68,0'i ise tüp bebek yöntemini tercih ettiler.

Sezaryen doğum yapan grubun %58,8'i, normal doğum yapan grubun ise %49,0'u gebeliği sırasında sağlık sorunu yaşadıklarını ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Her iki grupta da sağlık profesyonellerinin çoğunluğu bulantı ve kusma sorunu yaşarken, bunu iki grupta da İYE izlemekteydi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sezaryen doğum yapan grubun %32,8'i, normal doğum yapan grubun ise %16,3'ü gebelik döneminde sistemik bir rahatsızlık geçirdiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Geçirilen sistemik rahatsızlıklardan sezaryen grubunda başta gebelik HT (%37,5) gelmekte ve bunu gestaasyonel diyabet (%30,0) izlemekteydi. Normal doğum grubunda da benzer şekilde gebelik HT (%56,3) ilk sıradaydı ve bunu gestaasyonel diyabet (%25,0) izlemekteydi. Fark analizi sonuçları, gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

6.3.4.Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Son Gebelikte Kontrole Gitme ve Doğum Öyküsü Dağılımı

Tablo 6. 16. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı (N=217)

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
<i>Kontrol sıklığı</i>						
Ayda bir	74	62,2	70	71,4	6,836	0,033 ^a
Ayda birden sık	34	28,6	14	14,3		
Ayda birden seyrek	11	9,2	14	14,3		
<i>Kontrole gidilen yer</i>						
ASM	4	3,4	8	8,2		
Özel hekim	43	36,1	33	33,7	20,985	0,001 ^a
Özel klinik	22	18,5	10	10,2		
Devlet hastanesi	17	14,3	19	19,4		
Özel hastane	21	17,6	4	4,1		
Üniversite/EAH	12	10,1	24	24,5		
<i>Kontrolü yapan</i>						
Hekim	115	96,6	96	98,0	0,012	0,913 ^b
Ebe	4	3,4	1	1,0		
Hemşire	0		1	1,0		
<i>Doğumun yapıldığı yer</i>						
Devlet hastanesi	16	13,4	27	27,6	12,164	0,002 ^a
Üniversite/EAH	26	21,8	30	30,6		
Özel hastane	77	64,7	41	41,8		
<i>Doğumu yaptıran</i>						
Hekim	118	99,2	86	87,8	12,411	0,000 ^b
Ebe/hemşire	1	,8	12	12,2		
<i>Doğum eğitimi aldınız mı?</i>						
Evet	86	72,3	70	71,4	0,019	0,891 ^a
Hayır	33	27,7	28	28,6		

Tablo 6. 16'nın Devamı

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
<i>Kimden?</i>						
Hekim	66	75,0	42	59,2	8,908	0,012 ^a
Ebe	17	19,3	14	19,7		
Hemşire	5	5,7	15	21,1		

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre son gebelikte kontrole gitme ve doğum öyküsü dağılımı Tablo 6.16'da gösterildi.

Son doğumu sezaryen olan sağlık profesyonellerinin %62,2'si ayda bir, %28,6'sı ayda birden sık ve %9,2'si ise ayda birden seyrek kontrole gittiklerini ifade ettiler. Normal doğum grubunun ise %71,4'ü ayda bir, %14,3'ü ayda birden sık ve %14,3'ü ise ayda birden seyrek olarak kontrole gittiklerini ifade ettiler. Kontrol sıklığının gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Sezaryen doğum yapan grubun %36,1'i özel hekim kontrolüne gitmekteydi ve bunu %18,5 oranla özel klinik izlemekteydi. Normal doğum grubunda %33,7 oranla özel hekim başta gelirken, bunu %19,4 oranla devlet hastanesi izlemekteydi. Kontrole gidilen yer dağılımı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermekteydi ($p<0,05$).

Sezaryen grubun %96,6'sı, normal doğum grubunun %98,0'i hekim kontrolüne gitmekteydi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Sezaryen grubunun %64,7 oranla çoğunluğu özel hastanede doğum yaparken, normal doğum grubunda bu oran yine çoğunluk olmak üzere %41,8 olarak bulundu. Gruplar arasında doğumun yapıldığı yer dağılımı farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Sezaryen grubundaki sağlık profesyonellerinin %99,2'sinin, normal doğum grubunun ise %87,8'inin doğumunu hekim gerçekleştirmişti ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Sezaryen grubundaki sağlık profesyonellerinin %72,3'ü, normal doğum grubundaki profesyonellerin ise %71,4'ü doğum öncesi eğitim aldıklarını ifade ettiler ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Sezaryen grubunun %75,02'i bu eğitimi hekimden, %19,3'ü ebeden ve %5,7'si ise hemşireden aldığını ifade etmişti. Normal doğum grubunun ise %59,2'si hekimden, %19,7'si ebeden ve %21,1'i ise hemşireden eğitim aldıklarını ifade ettiler. Eğitim alınan kişi dağılımı bakımından gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

6.3.5. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre Doğum Şekilleri İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Tablo 6. 17. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre “doğum şekli” hakkındaki düşüncelerinin dağılımı (N=217)

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
<i>Planlanan doğum şekli</i>						
Sezaryen	96	80,7	0		141,783	0,000 ^a
Normal	23	19,3	98	100,0		
<i>Sezaryenden memnun mu?</i>						
Evet	88	73,9				
Hayır	31	26,1				
<i>Hayır ise neden?</i>						
Dikiş ağrıları	12	38,7				
Geç emzirme	8	25,8				
Ayağa geç kalkma	9	29,0				
Toparlanma süreci uzunluğu	2	6,5				
<i>Tekrar gebe kalırsa tercih</i>						
Normal doğum	32	27,1	93	94,9	100,880	0,000 ^a
Sezaryen doğum	86	72,9	5	5,1		

Tablo 6. 17'nin Devamı

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)		X ²	p
	(n)	%	(n)	%		
<i>Tıbbi zorn. dışı sez. tercihi</i>						
Evet	64	53,8	8	8,2		
Hayır	40	33,6	71	72,4	51,130	0,000 ^a
Kararsızım	15	12,6	19	19,4		
<i>İsteğe bağlı sez. yasaklanmalı</i>						
Evet	25	21,0	31	31,6		
Hayır	78	65,5	41	41,8	12,614	0,002 ^a
Kararsızım	16	13,4	26	26,5		
<i>Sezaryen hakkında düşünce</i>						
İsteğe bağlı olmalı	72	60,5	39	39,8		
Tıbbi zorunlulukta yapılmalı	39	32,8	45	45,9	9,937	0,007 ^a
Bilmiyorum	8	6,7	14	14,3		

^a Ki-Kare Testi

Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre doğum şekilleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 6.17'de verildi.

Son doğumu sezaryen olan sağlık profesyonellerinin %80,7'si doğumlarını sezaryen olarak planlarken, %19,3'ü ise planlanan dışında sezaryen doğum yapmıştı. Normal doğum yapanların tamamı zaten bu doğum yöntemini planlamışlardır ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$).

Sezaryen doğum yapan sağlık profesyonellerinin %73,9'u sezaryen doğumdan memnun kalmış olup, %26,1'i ise memnun kalmamıştır. Memnun kalmama nedenleri arasında başta dikiş ağrıları (%38,7) gelmekte olup, bunu ayağa geç kalkma (%29,0), geç emzirme (%25,8) ve toparlanma sürecinin uzunluğu (%6,5) izlemektedir.

Sezaryen doğum yapan gruptaki sağlık profesyonellerinin %27,1'i, normal doğum yapan gruptakilerin ise %94,9'u tekrar gebe kalmaları halinde normal doğumu tercih

edeceklerini ifade etmişlerdi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Sezaryen doğum yapan grubun %53,8'i, normal doğum yapan grubun ise %8,2'si sezaryen doğumun tıbbi bir zorunluluk olmadan tercih edilmesinden yanaydı ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Sezaryen grubunun %65,5'i, normal doğum grubunun ise %41,8'i isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmaması gerektiğini düşünmekteydi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,01$). Yine sezaryen grubunun %60,5'i, normal doğum grubunun ise %39,8'i sezaryenin isteğe bağlı olmasının gerektiğini düşünmekteydi ve burada da gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).



6.3.6. Sağlık Çalışanların Son Doğum Tercihlerine Göre “Doğum Şeklini Tercih Etme Nedenlerine” Göre Dağılımı

Tablo 6. 18. Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre “doğum şeklini tercih etme nedenlerine” göre dağılımı (N=217)

Özellikler	Sezaryen (n=119)		Normal (n=98)	
	N	%	N	%
<i>Normal doğum tercih nedeni</i>				
1) Çevre baskısı	-	-	4	4,1
2) Anestezi ya da ameliyat olma korkusu	-	-	26	26,5
3) Önceki doğumun normal doğum olması	-	-	38	38,8
4) Doğum maliyetinin düşük olması	-	-	12	12,2
5) Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönebilmek için	-	-	84	85,7
6) Üçten fazla çocuk sahibi olma isteği	-	-	28	28,6
7) Daha az kanamanın olması	-	-	27	27,6
8) Daha erken emzirebilmek için	-	-	66	67,3
<i>Sezaryen doğum tercih nedeni</i>				
1) Bebeğini riske atmamak için	95	79,8	-	-
2) Ağrı çekmemek için	32	26,9	-	-
3) Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu	25	21,0	-	-
4) Doğum zamanını önceden belirleme şansı olduğundan	7	5,9	-	-
5) Normal doğum korkusu	25	21,0	-	-
6) Önceki zor doğum öyküsü	8	6,7	-	-
7) İleri de idrarını tutamama korkusu	7	5,9	-	-
8) Rahim ve diğer organların sarkma korkusu	7	5,9	-	-
9) Tüplerini bağlatma isteği	4	3,4	-	-
10) İleri yaş nedeniyle	17	14,3	-	-
11) Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü	19	16,0	-	-
12) Önceki doğumun sez. olması	21	17,6	-	-

^a Ki-Kare Testi; ^bKi-Kare (Lineer İlişki Testi)

Sağlık çalışanların son doğum tercihlerine göre “doğum şeklini tercih etme nedenlerine” göre dağılımı Tablo 6.18’de verildi.

Normal doğumu tercih etme nedenlerinden çevre baskısını katılımcıların %4,1'i, anestezi ya da ameliyat olma korkusunu %26,5'i, önceki doğumun normal doğum olmasını %38,8'i, doğum maliyetlerinin düşük olmasını %12,2'si, erken iyileşme ve eve çabuk dönebilmeyi %85,7'si, üçten fazla çocuk sahibi olmayı %28,6'sı, daha az kanamanın olmasını %27,6'sı ve daha erken emzirme gerekçesini ise katılımcıların %67,3'ü geçerli tercih nedeni olarak ifade ettiler.

Son doğumu sezaryen olan sağlık profesyonellerinin %79,8'i bebeği riske atmamak, %26,9'u ağrı çekmemek, %21,0'i cinsel organda yaralanma korkusu, %5,9'u doğum zamanını önceden belirleme şansı, %21,0'i normal doğum korkusu, %6,7'si önceki zor doğum öyküsü, %5,9'u ileride idrarı tutamama, rahim ve organlarda sarkma korkusu, %3,4'ü tüplerini bağlama isteği, %14,3'ü ileri yaş, %16,0'si önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü, %17,6'sı ise önceki doğumun sezaryen olması nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiklerini ifade ettiler.

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada, her iki doğum yöntemi ve süreçler hakkında daha fazla bilgi sahibi olan doğum yapmış sağlık profesyonellerinin, doğum tercihlerini ve doğum şekliyle ilgili düşüncelerini belirlemek amaçlandı. Çalışmada ilk olarak tüm örneklemin demografik dağılımları, obstetrik öyküleri, son doğumlarına ilişkin bilgiler ve doğumdan duyulan memnuniyet düzeyleri incelendi. Daha sonra hekim, hemşire ve ebe olmak üzere sağlık profesyonellerinin mesleklerine göre ve ardından sezaryen olan ve normal doğum yapan sağlık profesyonellerinin bu özellikleri arasındaki farklar incelendi.

Literatürde sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerinin, bulunduğu ülkenin sosyal ve demografik özelliklerine paralellik gösterdiği rapor edilmektedir (Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2016). Genç nüfusa sahip olan Türkiye’de, genellikle sağlık profesyonelleri de toplumun bu yapısına uymakta ve buna bağlı olarak çekirdek aile yapısına sahip, genç olduğu için kısmen mesleki deneyimleri daha az olan sağlık profesyonellerinin bulunduğu bir yapı söz konusu olmuştur. Yine mesleki eğitimleri gereği hekim grubun eğitim düzeyi, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. (Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2016). Aksu ve Özsoy (2015) çalışmalarında, ebe ve hemşire öğrencilerin %66,3’ünün bir ya da iki çocuk sahibi olmayı planladıklarını rapor etmiştir. Bu araştırmada ebe ve hemşirelik öğrencilerin demografik özellikleri ile araştırmamızdaki demografik özellikler birbirine yakın dağılım göstermiştir. Bu çalışmada yaş dağılımı açısından hekimlerin, hemşire ve ebelere göre daha ileri yaşa sahip oldukları ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin büyükçe bir bölümü çekirdek aileye sahipti. Buna ilave olarak sağlık profesyonellerinin mesleki deneyimleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ve çalışma yıllarının birbirine yakın olduğu bulguları.

Türkiye’de yine nüfusun genel yapısı, gebelik ve doğum sayıları gibi verilerin, bu çalışma örnekleminde de yansıdığı görüldü. Ülkemizde genellikle çalışan genç nüfus bir ile üç arasında çocuk sahibi olup, gebelik ve doğum sayıları da bu düzeyde seyretmektedir (TÜİK Nüfus İstatistikleri, 2016; Sağlık Bakanlığı Doğum İstatistikleri, 2016). Türkiye’de kürtaj oranı, eğitim düzeyi düşük kadınlarda %5,5 civarındayken, eğitilmiş kadınlarda %13 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (TJOD, 2016). Yine ülkemizde “bebek ölüm sayısı” revize edilen 2014 yılı verisine göre 15 bin 165 iken 2015 yılında 14 bin 164 olmuştur. Bebek ölüm hızı, 2014 yılında binde 11,3 iken 2015 yılında binde 10,7 olmuştur

(TÜİK, 2015). Görüldüğü gibi bu oranda, yıllara göre bir düşüş söz konusu olurken düzenli antenatal kontrole giden ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda yenidoğan ölüm hızının daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada gebelik sayısı genel olarak hekimlerde iki, hemşire ve ebelerde ise bir gebelik ile sınırlı olup, doğum sayıları da yine gebelik dağılımlarına paralel olmuştu (Tablo 6.2). Çalışmaya dahil olan sağlık profesyonellerinin bir ya da iki çocuk sahibi oldukları; düşük, kürtaj ve ölü doğumun her üç grupta da oldukça az oranlarda olduğu bulguları. Araştırma örnekleminin sağlık personeli olması ve sürekli bir sağlık kurumunda bulunması, gebelik izlemlerinin daha dikkatli yapılmasını ve bunun sonucu düşük ve ölü doğum gibi olumsuz durumların daha az görülmesini sağlamıştır.

Akyol ve ark. (2011) çalışmalarında, sağlık profesyonellerinin (%86) diğer gebe kadınlara göre (%73) daha fazla planlı gebe kaldıklarını rapor etmiştir. Aynı çalışmada, sağlık çalışanlarının %98'inin normal yolla gebe kaldığını belirlemiştir. Bu çalışmada hekimler, hemşire ve ebelerin çoğunluğunun, planlı gebelik yaşadığı bulguları. Bu oranlar hekimlerde %76,9, hemşirelerde %79,6 ve ebelerde %71,8 olarak bulundu. Gebe kalma yöntemlerine bakıldığında üç meslek grubunda da doğal yolla gebe kalma oranı, %87-90 arasında bulundu. Tıbbi destekle gebe kalma durumu ise hemşirelerde tüp bebek, ebelerde yapay inseminasyon biçiminde olduğu bulguları (Tablo 6.9). Sağlık profesyonelleri, diğer kadınlara kıyasla yardımcı üreme teknikleri konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları ve yine doğurganlık bilinçleri gelişmiş olduğundan gebeliklerini planlama ve sağlıklı biçimde sürdürmede daha başarılı oldukları söylenebilir.

Akyol ve ark (2011) çalışmalarında, sağlık profesyonellerinin tamamının, diğer gebe kadınların ise %83'ünün gebelik sürecinde antenatal kontrollerini yaptırdıklarını rapor etmiştir. Bu çalışmada en fazla hekimlerin ayda bir kontrole gittikleri, hemşirelerin %12,4'ü, ebelerin ise %28,2'si ayda birden daha seyrek kontrole gittiklerini ifade ettikleri ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Angeby ve ark. (2015) çalışmalarına göre, ilk kez doğum yapan kadınların doğum süresi artıkça, kadınların ebelerin desteğine olan ihtiyacı da artmaktadır. Her üç sağlık profesyonel grubumuzun da çoğunlukla kontrollerini hekime yaptırdığı bulguları. Hekim grubunun en fazla özel hekim kontrolüne gittikleri, hemşire ve ebelerin ise devlet hastanesi ya da özel hastane, klinik gibi sağlık kuruluşlarını daha fazla kullandıkları belirlendi (Tablo 6.10).

Aksu ve Özsoy (2015) çalışmalarında, üniversite öğrencilerin %27,2'sinin ailelerinde sezaryen doğum sırasında sorun yaşandığını ifade etmişlerdir. Gebelik sırasında yaşanan sorunlar, doğum korkusunun artmasına ve sezaryen doğumu tercih oranlarının artmasına neden olmaktadır (Madden ve ark, 2013; Levett ve ark, 2016). Lindholm ve Hildingsson (2015) çalışmalarında, doğum sırasında ağrı gidermede kadınların tercihlerinin önemli olduğu, doğum şeklinin seçiminde de ağrı azaltma yöntemlerinin önemli olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada hemşire ve ebelerin büyükçe bir bölümü (sırasıyla %52,2 ve %61,5) gebelikleri sırasında bir sağlık sorunu yaşadıkları bulundu. Hekimlerde ise sağlık sorunu oranı oldukça düşük ve %24,6 civarındaydı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaşanan sağlık sorunlarının başında her üç sağlık grubunda da bulantı ve kusma gelmekteydi. Gebelikte sistemik hastalıkları ise her üç grupta da düşük, bulundu (hekimlerde %27,7 hemşirelerde %22,1 ebelerde %30,8) ve aralarındaki fark anlamlı olmadığı görüldü. Sırasıyla gebelik HT ve gestasyonel diyabet en fazla karşılaşılan sistemik rahatsızlık arasında yer aldı (Tablo 6.11).

Akyol ve ark. (2011) çalışmalarında, doğumunu yaptığı kişi açısından sağlık profesyonellerinin %44,4 oranla normal gebe kadınlardan (%25,5) daha fazla özel hekim tercih ettiklerini rapor etmişlerdir. Bu çalışmada hekimlerin tamamı, hemşirelerin %91,2'si ve ebelerin ise %92,3'ü doğumlarını, hekim tarafından gerçekleştirildiğini ifade ettikleri görüldü. Doğuma hazırlık eğitimi en fazla hemşireler tarafından alınırken (%78,8), bunu ebeler (%69,2) ve hekimler (%61,5) izledi (Tablo 6.10). Sağlık profesyonelleri içerisinde doğum sürecinde hasta ile en fazla zaman geçiren ve bakım veren meslek hemşirelik olduğundan, doğum öncesi eğitimlere daha fazla ilgi gösterdikleri ifade edilebilir.

Yüksel ve ark. (2015), sağlık profesyonellerinin %61,6'sı sezaryeni tercih ettiklerini bildirmiştir. Akyol ve ark. (2011), sağlık çalışanlarının %37,7'sinin isteğe bağlı sezaryen doğum yaptığını rapor etmiştir. Aksu ve Özsoy (2015) ebelik ve hemşirelik bölümünde okuyan öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmada, öğrencilerin %76,5'inin normal doğum ve %7,2'sinin sezaryen doğum yapmayı planladıklarını rapor etmiştir. Bu çalışmada sezaryeni en fazla planlayan meslek grubu ebeler (%51,3) olup, bunu hekimler (%46,2) ve hemşirelerin (%40,7) izlediği görüldü. Hemşireler, sağlık profesyonelleri arasında sezaryen planlama oranı en düşük olan meslek grubu oldu. Ancak gerçekleştirilen doğum şekli açısından, her üç meslek grubunda da sezaryen doğum oranları planlanan

doğum oranlarından daha yüksek oldu. Planlanan sezaryen ile gerçekleşen sezaryen oranları arasındaki en fazla fark hemşirelerde, en az fark ise hekimlerde olduğu bulundu. Buna göre hekimlerin planlanan gebeliklerine daha fazla uyduğu ifade edilebilir. Bu çalışmaya göre hekimlerin %50,8'i, hemşirelerin %56,6'sı ve ebelerin %56,4'ü son doğumunu sezaryen olarak yapmıştı bulguları. Tekrar gebe kalırsa hekimlerin %45,3'ü, hemşirelerin %38,1'i ve ebelerin ise %48,7'si sezaryen doğumu tercih edeceklerini ifade ettikleri görüldü (Tablo 6.11).

Genel olarak bu çalışmada doğumlarını sezaryen ile gerçekleştiren sağlık profesyonellerinden hekimlerin %81,8'i, hemşirelerin %67,2'si ve ebelerin ise %81,8'i sezaryenden memnun olduklarını ifade ettikleri saptandı. Memnun olmayanların sebeplerinin başında dikiş ağrısı çekmesi olarak bulundu(Tablo 6.11).

Akyol ve ark. (2011), sağlık profesyonellerinde isteğe bağlı sezaryen oranlarının normal gebe kadınlara göre daha düşük olduğunu (sırasıyla %14,4 ve %37,7) rapor etmişlerdir. Bu çalışmada katılımcıların %54,8'i sezaryen, %45,2'si ise normal doğum yaptığı görüldü. Katılımcıların %55,8'i normal doğumu planlarken, %10,4'ü tıbbi gerekçelerle sezaryen doğum yaptığı bulundu (Tablo 6.5). Bu çalışmada her üç meslek grubunda da çoğunluk tıbbi zorunluluk olmadan sezaryenin yapılmasını doğru bulmadığı (hekimlerde %44,6; hemşirelerde %56,6 ve ebelerde %46,2) ancak isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmasına da çoğunlukla taraftar olmadıklarını ifade ettikleri bulguları.(hekimlerde %58,5; hemşirelerde %58,4 ve ebelerde %38,5). Yine ebelerin çoğunluğu sezaryenin tıbbi bir zorunluluk halinde yapılmasını, hekim ve hemşireler ise hekimler daha fazla olmak üzere, isteğe bağlı olmasının gerekliliğini ifade etti (Tablo 6.11).

Sezaryen doğumun maliyeti yüksek oluşuyla birlikte morbidite ve mortalite oranı da yüksektir (Yüksel ve ark, 2015; Canbal ve ark, 2014; Akyol ve ark, 2011; Bektaş, 2008). Canbal ve ark (2014), sezaryen doğumun bebeğin anne sütünü geç almaya neden olması konusunda, normal doğum yapan kadınların %37,6'sının, sezaryen doğum yapan kadınların ise %62,4'ünün bilgilili olduğunu rapor etmiştir. Aynı çalışmada, sezaryen doğum yapan annelerin sezaryen doğumun riskleri konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada normal doğum tercih nedenleri konusunda hekimlerde daha erken emzirebilme, erken iyileşme, önceki doğumun normal olması ve üçten fazla çocuk sahibi olma isteği sırasıyla en fazla seçilen nedenler arasında yer aldı. Hemşirelerde

de erken iyileşme, daha erken emzirebilme, anestezi ve daha fazla kanama korkusu sırasıyla ön plana çıktı. Ebelerde erken iyileşme, daha erken emzirme, anestezi ve kanama korkuları yine ön plana çıktı. Hekimlerin hemşire ve ebelere göre ağrı ve fazla kanama konusunda daha az korkulu oldukları görüldü (Tablo 6.12). Bu çalışmada sezaryen doğum tercih nedenleri incelendiğinde hekimlerin en önemli gerekçeleri bebeğin riske atılmaması, ileri yaş, infertilite ve tedavi öyküsü ile önceki doğumun sezaryen olması olarak bulgulandı. Hemşirelerde ve ebelerde de bebeğin riske atılmaması en yüksek oranla gösterilen neden olarak görüldü.

Akyol ve ark. (2011) çalışmalarında, sağlık profesyonellerinde sezaryen oranlarının (%61) yüksek olduğunu bunun da genellikle çalışanların, yaş ortalamasının yüksek, mesleki çalışma yıllarının uzun ve eğitimlerinin yüksek olmasıyla ilintili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada sezaryen doğum tercih eden grubun yaş ortalaması, normal doğuma yapanlara göre daha yüksek olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çalışma yılları açısından da mesleki deneyimi daha fazla olanlarda sezaryen doğum daha fazla görüldü (Tablo 6.13). Aile tipi ve eğitim dağılımları ise sezaryen doğum yapan ve normal doğum yapan sağlık profesyonelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi ($p>0,05$).

Canbal ve ark (2014), sezaryen doğum yapan kadınların normal doğum yapanlara göre daha fazla doğumla ilgili bilgilerinin olduğunu ve gravida ile parite değerlerinin daha yüksek olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmada sezaryen doğum yapan sağlık profesyonelleri ile normal doğum yapanların gebelik, doğum, yaşayan çocuk, düşük, küretaj ve ölü doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6.14; $p>0,05$).

Bu çalışmada normal doğum yapanların tamamı, sezaryen doğum yapanların %79,8'i doğal yolla gebe kaldığı görüldü (Tablo 6.15). Tıbbi yardımla gebe kalmada tüp bebek en fazla başvurulan yöntem olduğu görüldü.

Gözükara ve Eroğlu (2008) çalışmalarında, %37,7 oranla ilerlemeyen eylem başta olmak üzere normal doğumda bir takım sorunların yaşandığını ve bu nedenle sezaryen doğuma gidildiğini rapor etmişlerdir. Bu çalışmada sezaryen doğum yapanların %54,3'ü, normal doğum yapan gebelerin ise %56,3'ü sağlık sorunu yaşadıklarını ifade etti. Her iki grupta da bulantı ve kusmanın ön planda olduğu görüldü. Sistemik rahatsızlık yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda ise sezaryen olanların %32,8'i, normal doğum olanların

%16,3'ü sistemik rahatsızlık yaşadığını ifade etti.. Sistemik rahatsızlıkların başında da gebelik HT ve gestasyonel diyabet olarak görüldü (Tablo 6.15).

Stoll ve ark. (2016) çalışmalarında, doğumda ebelerin olmasını tercih edenlerin çoğunluğu normal yolla doğumu tercih etmektedir. Vermulen ve ark. (2016) çalışmalarında, ebeleri tercih eden kadınların %68,0'i dilatasyon döneminde, %66,3'ü ise travayda herhangi bir sorun yaşamadığını, tercih açısından ise çoğunlukla doğum hekimlerinin tercih edildiğini bulgulamışlardır. Akyol ve ark (2011) çalışmalarında, sağlık profesyonellerinin ve normal gebelerin büyükçe bir bölümünün (sırasıyla %100 ve %83) gebelik sürecinde takipli olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmada gebelerin tamamının gebe izlemelerini yaptırdığı bulundu. Sezaryen olan sağlık profesyonelleri ile normal doğum yapanların kontrol sıklıkları ($p=0,033$), doğumun yapıldığı yer ($p=0,002$), doğumu kimin yaptığı ($p=0,000$) ve doğum öncesi eğitimin kimden alındığı ($p=0,012$) parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (Tablo 6.16). Normal doğum yapanlarda %12,2 oranında hekim dışı sağlık profesyonellerinin (ebe ya da hemşire) doğum yaptırdığı görüldü.

Aksu ve Özsoy (2015), hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %76,5'inin normal doğum ve %7,2'sinin sezaryen doğum yapmayı planladıklarını rapor etmiştir. Çakmak ve ark (2014) yayınlarında normal doğum yapan gebelerin %28,5'inin, sezaryen doğum yapanların ise %17,1'inin sezaryen doğumun anne isteğine bağlı olması gerektiğini ifade ettiklerini rapor etmiştir. Aynı çalışmada normal doğum yapan kadınların %6,6'sı, sezaryen doğum yapanların ise %13,7'sinin tıbbi bir zorunluluk olmasa da, sezaryen doğumu tercih ettikleri bulgulanmıştır. Bu çalışmada sezaryen doğum yapanların %19,3'ü aslında normal doğum yapmayı planladıklarını ifade etti. Sezaryen doğum yapanların %26,1'i sezaryenden memnun olmadığını belirtti. Bu memnuniyetsizliğin sebeplerinin başında da dikiş ağrısının ön planda görüldüğü bulgulandı. Tekrar gebe kalırsa sezaryen olanların %72,9'u, normal doğum yapanların %5,1'i sezaryen doğumu tercih edeceklerini ifade ettikleri bulgulandı. Sezaryen doğum yapanların %53,8'i tıbbi zorunluluk olmasa da sezaryen doğumu desteklerden, normal doğum yapanlarda bu oran %8,2 civarında kaldı. Sezaryen doğum yapanların %21,0'i, normal doğum yapanların ise %31,6'sı isteğe bağlı sezaryenin yasaklanması gerektiğini savunurken, sezaryen yapanların %60,5'i, normal doğum yapanların ise %39,8'i sezaryenin isteğe bağlı olması gerektiği düşüncesindeydi (Tablo 6.17).

Canbal ve ark (2014), sezaryen doğum yapan kadınların, sezaryen doğumun neden olduğu riskler konusunda daha fazla bilgili olduklarını rapor etmiştir. Öte yandan Amanak ve Balkaya (2013) çalışmalarında, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin normal doğum hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını rapor etmişlerdir. Gözükara ve Eroğlu (2008), sezaryen tercih eden kadınların %71,1'inin doğum ve doğum ağrısından korktuklarını, normal doğum yapanların ise %36,4'ünün ise doğum sonu dönemin daha rahat olması nedeniyle normal doğumu tercih ettiklerini rapor etmişlerdir. Bu çalışmada normal doğum yapanların en fazla tercih nedenleri arasında sırasıyla erken iyileşme, daha erken emzirme ve önceki doğumun normal doğum olması olarak bulundu. Bu çalışma grubunda sezaryen doğum seçme nedenlerinin başında sırasıyla bebeği riske atmamak, ağrı çekmemek ve cinsel organlarda yaralanma ya da normal doğum korkusu geldiği belirtildi (Tablo 6.18). Bu nedenle doğum konusunda olabilecek tıbbi komplikasyonları bilmenin, anne adayını daha fazla sezaryen doğuma ittiği ifade edilebilir. Risk ne kadar düşük olursa olsun, sağlık profesyoneli bu riskli doğumları gördüğünden, kendince bir kar-zarar hesabı yapmakta ve annelik güdüsünün de etkisiyle, o çok küçük riski dahi göze alamamakta, sezaryen doğumu tercih etmektedir.

Araştırmada yanıt aranan araştırma sorularının cevaplarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

Sezaryen ve normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının demografik özellikleri arasında fark var mıdır?

Sezaryen doğum ile normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının yaş ($p=0,023$) ve mesleki kıdemleri ($p=0,011$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup, araştırmada bakılan diğer demografik özellikler bakımından farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sezaryen ve normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının doğum şekilleri ve memnuniyetleri arasında fark var mıdır?

Sezaryen doğum ile normal doğumu tercih eden sağlık çalışanlarının gebelikte geçirdikleri sistemik rahatsızlık ($p=0,006$), tekrar gebe kalırsa doğum tercihi ($p=0,000$), tıbbi zorunluluk dışında sezaryen doğumun yapılmasına ilişkin düşünceleri ($p=0,000$), isteğe bağlı sezaryen hakkındaki görüşleri ($p=0,002$) ve sezaryen hakkındaki düşünceleri ($p=0,007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, sağlık profesyonellerinin doğum şekilleri ve doğum tercihlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Bu çalışmada kadınların doğum şekillerine nasıl karar verdikleri ve bunların üzerinde hangi faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymak amacıyla, bu konuda bilgisi en fazla olan sağlık profesyonellerinin gerekçelerini ve doğum şekilleri ile tercihleri incelendi. Çalışma üç aşamada gerçekleştirildi. İlk olarak tüm örneklem içerisinde doğum tercih ve şekilleri incelendi, ardından sağlık profesyonellerinin farklı meslek gruplarına göre (hekim, ebe ve hemşire) tercihleri analiz edildi. Daha sonra tüm örneklem içerisinden sezaryen doğum ve normal doğum yapanlar ayrıldı, iki doğum yönteminin gerekçeleri ortaya kondu. Genel olarak tüm örneklem üzerinde yapılan dağılım analizinin sonuçlarını aşağıdaki gibi özetlendi:

- ❖ Bu çalışma örneğinde yer alan sağlık çalışanlarının %33,2'si 30 ve altında, %50,7'si 31-39 arasında ve %16,1'i ise 40 ve üzerinde yaşa sahipti.
- ❖ Eğitim durumuna göre %15,7'si lise, %13,8'i ön lisans, %37,8'i lisans ve %32,7'si ise lisansüstü eğitime sahipti.
- ❖ Aile tipi açısından %8,8'i geniş, %91,2'si ise çekirdek aileye sahipti.
- ❖ Sağlık profesyonellerinin %30,0'u hekim, %52,1'i hemşire ve %18,0'i ise ebedir. Grubun %12,4'ü 0-3 yıl arası, %27,6'sı 4-6 yıl arası ve %59,9'u ise 6 yıl ya da üzerinde mesleki deneyime sahipti.
- ❖ Çalışma örneğinde sağlık profesyonellerinin %39,2'si bir, %33,2'si iki, %20,6'sı üç ve %7,0'si ise dört ve üzeri kez gebe kaldığı bulundu.
- ❖ Örneklemin %53,5'i bir, %38,7'si iki, %7,8'i ise üç ve üzeri kez doğum yaptığı bulundu.
- ❖ Ölü doğum dağılımına göre %1,8'inin çocukları yaşamazken, %53,0'ünün bir, %37,3'ünün iki ve %7,8'inin ise üç çocuğu yaşadığı bulundu.
- ❖ Çalışma örneklemindeki sağlık profesyonellerinin %76,0'sında düşük doğum oranı sıfırken, %24,0'ü ise bir ya da iki kez düşük doğum yapmış olduğu görüldü.

- ❖ Sağlık profesyonellerinin %91,2'sinin küretaj yaptırmadığı ve %97,2'sinin ise ölü doğum yaşadığı bulundu.
- ❖ Çalışma örnekleminin %77,4'ü planlı gebelik yaptığı ve %88,5'i ise doğal yolla gebe kaldığı, %11,5'inin yardımcı üreme tekniği kullanılarak gebe kaldığı bulundu.
- ❖ Katılımcıların %54,4'ü son gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadıklarını ifade etti, bu sorunlar arasında en yüksek oranda bulantı/kusma (%30,0) yer aldı.
- ❖ Sağlık profesyonellerinin %25,8'i; hipertansiyon (%11,1), tiroit rahatsızlığı (%5,1), böbrek rahatsızlığı (%0,9), gestasyonel diyabet (%7,4) ve kalp hastalığı (%1,4) olmak üzere gebeliklerinde çeşitli sistemik hastalıkları mevcuttu.
- ❖ Bu çalışma örnekleminde %44,2 sezaryen ve %55,8 ise normal doğum planlandığı görülmüş olup, %54,8'i sezaryen, %45,2'si ise normal doğum yapmıştı bulundu.
- ❖ Sezaryen doğum yapanların %73,9'u sezaryen doğumdan memnun olduklarını ifade etti. Memnun olmayanlar ise %38,7'si dikiş ağrıları, %25,8'i geç emzirme, %29,0'u ayağa geç kalkma ve %6,5'i ise toparlanma sürecinin uzunluğu gibi mutsuzlukları olduğunu belirtti.
- ❖ Katılımcıların %57,9'u tekrar gebe kalma durumunda normal doğumu, %42,1'i ise sezaryen doğumu tercih edeceklerini, %33,1'i tıbbi zorunluluk dışında da sezaryenin tercih edilebileceğini, %25,8'i isteğe bağlı sezaryenin yasaklanması gerektiğini ve %51,2'si ise sezaryenin isteğe bağlı olması gerektiğini belirtti.
- ❖ Sağlık profesyonellerinin genel olarak verdikleri yanıtlar incelendiğinde, sezaryenin normal doğuma göre nispeten daha dezavantajlı olarak görüldüğü, ancak tamamen tıbbi bir operasyon ve zararlı, yasaklanması gereken bir girişim gibi değerlendirilmediği görüldü. Mesleklere göre elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verildi:
- ❖ Katılımcılardan hekimlerin yaşları ve eğitim durumları ebe ve hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

- ❖ Hekimlerin %93,8'i, hemşirelerin %91,2'si ve ebelerin ise %87,2'si çekirdek aileye sahip olup, aile tiplerine göre dağılımları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).
- ❖ Sağlık profesyonellerinin gebe kalma sayıları, doğum, düşük, küretaj ve ölü doğum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Hekimlerin %76,9'u, hemşirelerin %79,6'sı ve ebelerin ise %71,8'i son Gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirmiş, bu parameter açısından gruplar arasında fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Hekimlerin %87,7'si, hemşirelerin %90,3'ü ve ebelerin ise %87,2'si doğal yolla gebe kalmış olup, gebe kalma şekilleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p>0,05$).
- ❖ Hekimlerin %75,4'ü, hemşirelerin %47,8'i ve ebelerin ise %38,5'i son gebeliklerinde bir sağlık sorunu yaşamış olup, aralarındaki fark, hekimlerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- ❖ Hekimlerin %83,1'i, hemşirelerin %66,4'ü ve ebelerin ise %38,5'i ayda bir kez sağlık kontrolüne gitmiştir ve kontrole gitme sıklığı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,05$).
- ❖ Hekimlerin %61,5'i, hemşirelerin %78,8'i ve ebelerin ise %69,2'si doğuma hazırlık eğitimi almış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).
- ❖ Hekimlerin %46,2'si, hemşirelerin %40,7'si ve ebelerin %51,3'ü son doğumlarını sezaryen doğum olarak planlamış ve planladıklarından biraz farklı olarak hekimlerin %50,8'i, hemşirelerin %56,6'sı ve ebelerin ise %56,4'ü sezaryen doğum yapmıştı. Bu parametre açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı. ($p>0,05$).
- ❖ Hekimlerin %81,8'i, hemşirelerin %67,2'si ve ebelerin %81,8'i son doğumlarından memnun olup, gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

- ❖ Hekimlerin %54,7'si, hemşirelerin %61,9'u ve ebelerin ise %51,3'ü tekrar gebe kalmaları durumunda normal doğumu tercih edeceklerini ifade etmiş olup, fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Hekimlerin %58,5'i, hemşirelerin %58,4'ü ve ebelerin %38,5'i isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmaması gerektiğini ifade etmiştir. Fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Hekimlerin %53,8'i, hemşirelerin %52,2'si ve ebelerin ise %43,6'sı sezaryenin isteğe bağlı olması gerektiği fikrindedir ve farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p>0,05$).

Sezaryen ve normal doğum yapan grupların arasındaki fark analizi sonuçları ise aşağıda verildi:

- ❖ Son doğumunu sezaryen olarak gerçekleştirenlerin %25,2'si 30 ve altında, %57,1'i 31-39 arasında ve %17,6'sı ise 40 ve üzerinde yaşa sahipti. Son normal doğum grubunun %42,9'u 30 ve altında, %42,9'u 31-39 arasında ve %14,3'ü ise 40 ve üzerinde yaşa sahipti ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %18,5'i lise, %13,4'ü ön lisans, %39,5'i lisans ve %28,6'sı ise lisansüstü mezunu olup, normal doğum grubunun %12,2'si lise, %14,3'ü ön lisans, %35,7'si lisans ve %37,8'i ise lisansüstü eğitime sahipti. Eğitime göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun 40,3'ü bir, %30,3'ü iki, %20,2'si üç ve %9,2'si ise 4 ve üzeri kez gebe kaldığı görüldü. Normal doğum grubunun %37,8'i bir, %36,7'si iki, %21,4'ü üç ve %4,1'i ise dört ve üzerinde kez gebelik geçirdiği belirtildi ve farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %53,0'ü bir, %37,8'i iki ve %9,2'si ise üç ya da daha çok kez doğum yaptığı bulundu. Normal doğum grubunun %54,1'i bir, %39,8'i iki ve %6,1'i üç ya da daha fazla kez doğum yaptığı belirtildi. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

- ❖ Sezaryen doğum grubunun %51,3'ünde tek çocuk, normal doğum grubunun ise %55,1'inde tek çocuk sahibi olan sağlık profesyonelleri çoğunlukta ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %78,2'si, normal grubun %76,5'i planlı bir gebelik olduğunu ifade etti ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %79,8'i, normal doğum yapan grubun ise tamamı doğal yolla gebe kaldığını ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulguları ($p<0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %32,8'i, normal doğum yapan grubun %16,3'ü gebelik döneminde sistemik bir rahatsızlık geçirdiği ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %80,7'si doğumlarını sezaryen olarak, %19,3'ü ise planlanan dışında sezaryen doğum yaptı. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- ❖ Sezaryen grubun %53,8'i, normal doğum yapan grubun %8,2'si sezaryen doğumun tıbbi bir zorunluluk olmadan tercih edilmesinin doğru görmektedir ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- ❖ Sezaryen grubunun %65,5'i, normal doğum grubunun ise %41,8'i isteğe bağlı sezaryenin yasaklanmaması gerektiğini düşünmekteydi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$).
- ❖ Sezaryen grubunun %60,5'i, normal doğum grubunun ise %39,8'i sezaryenin isteğe bağlı olmasının gerektiğini düşündü. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

1. Araştırma sonuçlarına dayalı olarak, sağlık çalışanlarının sezaryen ve normal doğum konusundaki farkındalık ve algılarının geliştirilmesi önemli olacaktır. Bu doğrultuda kalitatif yöntemler kullanılarak tartışma ortamlarının yaratılması ve düşüncelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Yine buradan elde edilecek olan

sonuçların doğum öncesi eğitim ve hemşirelik ile ebelik eğitimlerinde yer alması gerekmektedir.

2. Tüm dünyada sezaryenin sakıncaları ve normal doğuma yönlendirme çalışmaları devam ederken, verilerimize göre profesyonellik alanı sağlık olan kadınların dahi sezaryene ciddi oranda yöneldiği belirlenmiştir. Bu nedenle sezaryen tercih nedenlerini kapsayan kalitatif ve kantitatif verileri bir arada değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır.
3. Normal doğum ve sezaryen doğumda görülen riskler konusunda, sağlık profesyonellerinin bu riskleri kalitatif olarak değerlendirmelerini ve her iki doğum yöntemini de ele alan daha derinlemesine ve detaylı araştıran çalışmalara yer verilmelidir. Bu çalışmalardan elde edilecek sonuçlar doğum öncesi eğitimlerde yer almalıdır.
4. Araştırma daha geniş örneklem üzerinde, farkı sosyal ve demografik yapılar üzerinde genişletilebilir. Böylece elde edilen sonuçların topluma genelleme olanağı daha fazla sağlayacaktır.
5. İleri araştırmalarda ayrıca, sağlık profesyonellerinin mesleki olarak doğum tercihleri ile kendi doğum tercihleri arasında çapraz kıyaslamalar yapılabilir.

9. KAYNAKLAR

- Adam M. P., Polifka J. E., Friedman J. M. (2011). Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 157:175–182.
- Aksoy, A. N. (2015). “Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi”, *Odu Tıp Derg*, 2: 161-165.
- Aksu, H. ve Özsoy, S. (2015). “Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler”, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24: 44-48.
- Akyol, A., Yağcı, Ş. G., ve Tekirdağ, A. İ. (2011). “Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması”, *JOPP Derg* 3(2):55-63.
- Amanak, K. ve Balkaya, N. A. (2013). “Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 169-192.
- Angeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. ve Sandin-Bojö, A-K. (2015). “Primiparous women’s preferences for care during a prolonged latent phase of labour”, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6 (2015), 145–150.
- Angeja, A. C. E., Washington, A. E., Vargas, J. E., Gomez, R., Rojas, I., Caughey, A. B. (2006). “Chilean Women’s Preferences Regarding Mode of Delivery: Which do They Prefer and Why?”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1253-1258.
- Artieta, Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro GF, Odriozola- Hermsilla I, Bacigalupe A, (2010). “The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain”. *nursing research*, 59(3): 194–202.
- Ayan, A., Aksoy, C. ve Budak, H. E. (2015). “Doğuma Hazırlık Kursunun Gebeler Üzerindeki Etkileri”, http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/Doguma_Hazirlik.pdf (Erişim: 22.09.2016).
- Aydın Sivri, D. ve Yayla, M. (2010). “Turkey demographic and health survey results of antenatal care, perinatal fetal and neonatal evaluation with respect to prognosis”, *Perinatal Journal* 2010; 18 (3), 85-91.

- Barbara A., Bettes PhD., Victoria H., Coleman M.A., Stanley Zinberg M.D., Catherine Y. & Sphang M. D. (2007). Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics & Gynecology*. Vol.109, No: 1, p: 57-65.
- Bayram, G. O. ve Şahin, N. H. (2010). “Doğuma Hazırlık Eğitimi Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (3): 36-42.
- Bektaş, E. (2008). “Hastanemi Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihleri ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması”, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi.
- Belizan, J. M., Althabe, F., Barros, F. C. ve Alexander, S. (1999). “Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study”, *BMJ*. 27;319(7222):1397-400.
- Büyükbayrak, E.E., Kaymaz, O, Kars, B, Karsidag, AY, Bektas, E, Unal, O, Turan, C. (2010). “Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors”. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 30(2), 155-158.
- Canbal, M., Ak, M., Yılmaz, A. ve Palancı, Y. (2014). “Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma”, *Dicle Tıp Dergisi*, 41 (2): 319-325.
- Chong, E. S. ve Mongelli, M. (2003). “Attitudes of Singapore women towards cesarean and vaginal deliveries”, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 80, 189-194.
- Charoenboon, C., Srisupundit, K. ve Tongsong, T. (2013). “Rise in cesarean section rate over a 20-year period in a public sector hospital in northern Thailand”, *Arch Gynecol Obstet*, 287(1):47-52.
- Chu, K., Cortier, H., Maldonado, F. ve Trelles, M. (2012). “Cesarean Section Rates and Indications in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Study from Medecins sans Frontieres”, *Plos One*, 7(9).
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, C.Y. (2010). Teratology and Medications That Affect the Fetus. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, editors. *Williams Obstetrics*. New York: MacGraw Hill; 2010b.

- Çağlayan, E. K., Kara, M. ve Gürel, Y. C. (2010). “Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları”, *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 27(2010), 50-53.
- Çakmak, B., Arslan, S. ve Nacar, M. C. (2014). “Kadınların İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri”, *Fırat Tıp Derg*, 19(3): 122-125.
- DSÖ, (2002). Dünya Sağlık Örgütü, 2002 Yılı Raporları.
- Duman Z.,Nadirgül Köken G.,Kır Şahin F.,Coşar E.,Arıöz D.T. & Aral İ.(2007). “the Opinion of Health Workers Regarding Vaginal Labor and Cesarean Section”, *Perinatal Journal*, Vol: 15, Issue: 1, p. 7-11.
- Duran, E. T. ve Atan, Ş. Ü. (2011). “Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi”, *Genel Tıp Derg*, 21(3): 83-88.
- Duran, E. T. ve Ünsal, Ş. Ü. (2011). “Kadınların Sezaryen/vajinal Doğuma ilişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi”. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3):83-88
- Ergöl, Ş., Kürtüncü, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 26-34.
- Ertem, G. ve Koçer, A. (2008). “Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum”, *Dirim Tıp Gazetesi*, 82, 1-5.
- Gren, J. M. ve Baston, H. A. (2007). “Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study”, *Birth*. 2007 Mar;34(1):6-13.
- Gözükara, F. ve Eroğlu, K. (2008). “İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, (2008) 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 Rollerini. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 89-100.
- Gül, N. (2008). “Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması”, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi.

- Houston, K. A., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Gregorich, S. E., Yee, L. M. ve Kuppermann, M. (2015). "Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences", *Am J Obstet Gynecol*, 212(229), 1-7.
- İğde, F. A. A. (2004). "Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum", *sted*, 13(4), 137-139.
- Karabulutlu, Ö. (2012). "Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler", *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(3), 210-218.
- Karaçam, Z. ve Şen, E. (2012). "Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı", *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, (2012) 80-91
- Kıllı B. (2011). Denizli Honaz İlçesi 2009 Yılı Doğumların Değerlendirilmesi, Sezaryen Sıklığı ve Buna Etkili Etmenler. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilimdalı, DENİZLİ
- Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2004). İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji Dergisi*, 14: 88-95.
- Lee S., Khang, Y., Lee, M. (2004). "Women's Attitudes Toward Mode of Delivery in South Korea- a Society with High Cesarean Section Rates". *Birth* 31:2.
- Levett, K. M., Smith, C. A., Bensoussan, A. ve Dahlen, H. G. (2016). "The Complementary Therapies for Labour and Birth Study making sense of labour and birth – Experiences of women partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course", *Midwifery*, 40, 124-131.
- Lindholm, A. ve Hildingsson, I. (2015). "Women's preferences and received pain relief in childbirth – A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden", *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6 (2015) 74-81.
- Madden, K. L., Turnbull, D., Cyna, A. M., Adelson, P. ve Wilkinson, C. (2013). "Pain relief for childbirth: The preferences of pregnant women, midwives and obstetricians", *Women and Birth*, 26, 33-40.
- Mete, S., Ertuğrul, M. ve Uludağ, E. (2015). "Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı "Doğumda Farkındalık"", *DEUHFED*, 8(2),131-141.
- Nice Clinical Guidelines, (2011). Sezaryen Klinik Uygulamaları, NICE.
- OECD, (2016). "Temel Göstergeler", OECD Yayınları.
- Ogunleye, O., Shelton, J. A., Ireland, A., Glick, M. ve Yeh, J. (2010). "Preferences for Labor and Delivery Practices Between Pregnant Immigrants and US-Born

- Patients: A Comparative Prospective Antenatal Survey Study”, *J Natl Med Assoc*, 102:481-484.
- Okumuş, H., Mete, S. Yenal, K., Tokat, M. A., & Figen, P. S. (2009). Anne babalar için doğuma hazırlık. İstanbul: Deomed Reklam ve Yayıncılık Ltd. ve Şti..
- Özkan, S., Sakal, F. N., Avcı, E., Civil, E. F. ve Tunca, M. Z. (2013). “Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler”, *Turk J Public Health*, 11(2), 59-71.
- Özkan, M., Kaçmaz, N., Anuk, D., Bozkurt, O., İbrahimoglu, L. (2004). “Doğum sonrası erken dönemde psikiyatrik değerlendirme ve ilişkili faktörler”. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(2):117-124.
- Patterson, D. A., Winslow, M. ve Matus, C. D. (2008). “Spontaneous Vaginal Delivery”, *American Family Physician*, 78(3), 336-341.
- Pena, L. ve Arulkumaran, S. (2003). “Cesarean section for non-medical reasons”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82:399-409.
- Rathfisch, G., Güngör, İ. (2009). “Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar”. *HEMAR-G.*, 3: 53-64.
- Sağlık Bakanlığı, (2013). “Temel Doğum Göstergeleri”, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, (2016). “Temel Sağlık Göstergeleri”, Ankara.
- Saunders, L. (2000). Thornhill, Research Methods for Business Students, Second Ed., Prebtice. Hall Inc.
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E. ve Savcı, A. (2009). “Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler”, *Perinatoloji Dergisi*, 17(3), 104-112.
- Sayiner, F. D. ve Özerdoğan, N. (2009). “Doğal Doğum”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148.
- Serçekuş, P., Cetisli, N. E. ve İnci, F. H. (2015). “Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey”, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 182–185.
- Sinnot, S. J., Carney, P., Wren, M. A. ve Layte, R. (2015). “PP28 Centenarians in Ireland”, *J Epidemiol Community Health* 2015;69:A64.
- Sohbet R.,Geçici F.,Doğan B.,Sarıgül S. & Sarısoy A.(2012). Bir Özel Hastanedeki Kadınların Doğuma Bakışı.15. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Bursa, Kongre Kitabı,Eds: Mete C.s:263-264.

- Stoll, K. H., Hauck, Y. L. ve Hall, W. A. (2016). "Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students", *Women and Birth*, 29, 33-38.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S. ve Budak, B. (2013). "Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi", *Selçuk Tıp Derg*, 29(4), 165-167.
- Şahin, N. H. (2009). "Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 93-98.
- Şahin, N., Dinç, H. ve Dişsiz, M. (2009). "Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler", *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.
- TJOD, (2016). "",
- TÜİK, (2015). "Türkiye İstatistik Kurumu Resmi Web Sitesi",
- TÜİK Nüfus İstatistikleri, (2016).
- Uludağ S. (2013). Doğal, normal doğum mu? Sezaryen ile Doğum mu? *Perinatoloji Dergisi*, 1(suppl):01-86.
- Uzunçakmak, C., Güldaş, A., Aydın, S., Var, A. ve Özçam, H. (2013). "S.B. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2005-2012 Yılları Arasında Sezaryen ile Doğum Yapan Hastaların Değerlendirilmesi", *İstanbul Med J* 2013; 14: 112-116.
- Vatansever, Z. ve Okumuş, H. (2013). "Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi", *DEUHYO ED*, 6(2), 82-87.
- Vermulen, J., Swinnen, E., D'haenens, F., Buyl, R. ve Beeckman, K. (2016). "Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study", *Midwifery*, 40(2016)177-186
- WHO, (1969). Dünya Sağlık Örgütü, Gebelik Tanımı.
- Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. (2002). "Dicle Üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları", *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 3: 37-9.
- Yanıkkerem, E., Ay, S. ve Göker, A. (2013). "Primipar ve Multipar Gebelerin Emzirme Tutumu ve Yaşadıkları Endişeler", *Van Tıp Dergisi*, 21(1): 6-16.

- Yaşar, Ö. (2006). “*Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler*”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Yee, L. M., Kaimal, A. J., Houston, K. A., Wu, E., Thiet, M-P, Nakagawa, S., Caughey, A. B., Firouzian, A. ve Kuppermann, M. (2015). “Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women”, *Am J Obstet Gynecol*, 212:377.1-24.
- Yıldırım, G. ve Şahin, N. H. (2003). “Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 14-20.
- Yüksel, B., Polat, M., Seven, A., Kucur, S. K., Sencan, H., Erbakirci, N. M., Keskin, N. ve Koputan, H. (2015). “Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hekimlerinin Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Bunları Etkileyen Faktörler”, *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg*, 6(24): 12-19.
- Yvonne, L. H., Stoll, K. H., Hall, W. A. ve Downie, J. (2016). “Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents”, *Women and Birth*, xxx (2016) xxx–xxx.

10. EKLER

Ek.1. Veri Toplama Aracı

SAĞLIK ÇALIŞANLARIN DOĞUM TERCİHLERİ ve DOĞUM ŞEKİLLERİ ile İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ SORU FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma sağlık çalışanların doğum tercihleri ve doğum şekilleri ile ilgili düşüncelerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Anket sorularının güvenilir olması için soruların doğru ve eksiksiz cevaplanması önemlidir. Anket formunda isim belirtilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler, sadece araştırmacı tarafından, bilimsel amaçlı kullanılacaktır ve gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Melda DOĞAN

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Form no:.....

Tarih:...../...../.....

DİKKAT: Her sorunun altında belirtilen seçeneklerden uygun olanını yuvarlak içine alınız. Eğer uygun seçenek yoksa yanıtı 'Diğer' seçeneğinin yanında boş bırakılan bölüme yazınız.

I- SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız.....

2-Öğrenim durumunuz?

- 1) Lise 2) Ön lisans 3) Lisans 4) Lisans üstü (yüksek lisans, uzmanlık ve doktora vb.)

3- Aile tipiniz?

- 1) Geniş Aile 2) Çekirdek Aile 3) Tek ebeveynli aile 4) Diğer(belirtin)...

4-Mesleğiniz?

- 1) Hekim 2) Hemşire 3) Ebe

5-Mesleğinizi kaç yıldan beri yapıyorsunuz?

- 1) 0-3yıl 2) 4-6yıl 3) 6yıl ve üzeri

6-Hastane içinde çalıştığınız birim?

.....

II-GEBELİK ÖYKÜSÜ

7- Toplam gebelik sayınız (G).....

8- Toplam doğum sayınız (P).....

9- Yaşayan çocuk sayınız.....

10- Düşük varsa sayısı.....

11- Küretaj varsa sayısı.....

12-Ölü doğum varsa sayısı.....

13-En son gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

- 1) Evet 2) Hayır

14-En son gebeliğiniz doğal yolla mı yoksa tıbbi yardım ile mi oldu?

- 1)Doğal yolla 2)Tıbbi yardım

15-Tıbbi yardım ile ise hangi yöntemle oldu?

- 1)Aşıllama 2)Tüp bebek

16-En son gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır

17-Evet ise sorunun türü nedir?

- 1)Bulantı/kusma 2)Kanama 3)İdrar yolu enfeksiyonu
4)Üst solunum yolu enf. 5)Ağrı/kasılma 6)Diğer(belirtiniz).....

18-Yaşadığınız gebeliklerde sistemik bir hastalık geçirdiniz mi?

- 1)Evet 2)Hayır

19-Evet ise hatalığın türü nedir?

- 1)Gebelik Hipertansiyonu
- 2)Tiroid hastalığı
- 3)Böbrek hastalığı
- 4)Gestasyonel Diabet
- 5)Kalp Hastalığı
- 6)Diğer(belirtiniz).....

20-En son gebeliğinizde düzenli kontrollere gittiniz mi?

- 1)Evet
- 2)Hayır

21-Gebelik kontrollerine ne kadar sıklıkla gittiniz?

- 1) Ayda bir
- 2)Ayda birden sık
- 3) Ayda birden seyrek
- 4)Diğer...../kez

22-Evet ise kontrollere nereye gittiniz?

- 1)ASM (Aile Sağlığı Merkezi)
- 2)Özel hekim muayenehanesi
- 3)Özel klinik
- 4)Devlet hastanesi
- 5)Diğer (belirtiniz).....

23-Gebelik kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

- 1)Hekim
- 2)Ebe
- 3)Hemşire
- 4)Diğer(belirtin).....

24-Son doğumunuzun gerçekleştiği yer neresidir?

- 1) Devlet Hastanesi
- 2)Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi
- 3) Özel hastane
- 4)Evde

25-Doğumunuz kim tarafından gerçekleştirildi?

- 1)Hekim
- 2)Ebe/hemşire
- 3)Diğer(belirtin).....

26-Kontrollere gittiğiniz de doğum ile ilgili eğitim aldınız mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

27-Evet ise eğitimleri kimden aldınız?

- 1)Hekim
- 2)Ebe
- 3)Hemşire
- 4)Broşür
- 5)Diğer.....

III-DOĞUMŞEKİLLERİ VE MEMNUNİYET

28-En son gebeliğinizde planlanan doğum şekli neydi?

- 1)Sezaryen doğum 2)Normal doğum

29-En son gerçekleştirdiğiniz doğum şekliniz neydi?

- 1)Sezaryen doğum(neden).....
2)Normal doğum
3)Müdahaleli doğum vakum,forseps vb. (neden).....

30-Gerçekleşen doğum şekli sezaryen ise, bu durumdan memnun musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

31-Hayır ise neden memnun değilsiniz?

- 1)Dikiş ağrım çok olduğundan
2)Bebeğimi anesteziden dolayı geç emzirdiğimden
3)Ayağa geç kalktığımдан
4)Diğer (belirtin).....

IV-DOĞUM ŞEKİLLERİYLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ

32-Tekrardan gebe kalsanız hangi doğum şeklini tercih edersiniz?

- 1)Normal Doğum 2)Sezaryen doğum

33-Tıbbi zorunluluk olmaması durumunda sezaryen doğumu tercih eder misiniz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

34- Anne isteğine bağlı sezaryen doğumun yasaklanması sizce doğru mudur?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

35-Sezaryen doğum hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1)Anne isteğine bağlı olarak yapılabilmeli
2)Tıbbi zorunluluk durumunda yapılmalı
3)Bilmiyorum

36-En son doğumunuzu normal doğum tercih ettiyseniz nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Çevre baskısı
- 2) Anestezi ya da ameliyat olma korkusu
- 3) Önceki doğumun normal doğum olması
- 4) Doğum maliyetinin düşük olması
- 5) Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönebilmek için
- 6) Üçten fazla çocuk sahibi olma isteği
- 7) Daha az kanamanın olması
- 8) Daha erken emzirebilmek için
- 9) Diğer (belirtiniz).....

37- Sezaryen doğumu tercih ettiyseniz nedenleri nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Bebeğini riske atmamak için
- 2) Ağrı çekmemek için
- 3) Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu
- 4) Doğum zamanını önceden belirleme şansı olduğundan
- 5) Normal doğum korkusu
- 6) Önceki zor doğum öyküsü
- 7) İleri de idrarını tutamama korkusu
- 8) Rahim ve diğer organların sarkma korkusu
- 9) Tüplerini bağlatma isteği
- 10)İleri yaş nedeniyle
- 11)Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü
- 12)Diğer (belirtiniz).....

Ek.2. Etki Kurul İzni



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 92

KONU: Etik Kurul İzni

25.12.2015

Sayın; Melda DOĞAN

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Prof Dr Anahit M. COŞKUN danışmanlığında planladığımız “Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri ile İlgili Düşünceleri” isimli araştırmanız kurulumuzun 25.12.2015 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

S. Kayalı

Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı



TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

Yayın Tarihi :10.12.2015
Revizyon Tarihi :
Revizyon No : 0
Sayfa No : 1 / 1

KARARLAR

Tarih: 25 Aralık 2015

Karar No : 03

Toplantı Sayısı: 06

Prof. Dr. Anahit COŞKUN 'un yardımcı araştırmacı Melda DOĞAN ile araştırmayı planladığı "Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri ile İlgili Düşünceleri" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmacının etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Katılım	İmza
Prof. Dr. E.Sabri KAYALI (Başkan)	Mühendislik	Haliç Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S. Kayalı
Prof. Dr. Güneş YAVUZER (Başkan Yard.)	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	G. Yavuzer
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Raportör)	Sağlık Bakım Hizmetleri	Haliç Üniversitesi Meslek Yüksekokulu	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L. Kutlu
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F. Ačkurt
Prof. Dr. Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O. Oğuz
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	K. Sarpener
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	I. Odabaş
Yrd. Doç. Dr. Adnan ÇOBAN	Psikiyatri Anabilim Dalı	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. Çoban
Yrd. Doç. Dr. Sevda BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S. Bıkma
Av. Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	<u>Yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	K. Hazine

ETKU:4

Ek.2. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan Yazılı Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 11/07/2016-98433



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Melda DOĞAN 'ın anket
çalışması

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi :07.04.2016 tarih, 625 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Melda DOĞAN'ın Prof. Dr. Anahit COŞKUN'un danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri İle İlgili Düşünceleri**" konulu anket çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına 29.06.2016 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK :
29.06.2016 tarihli Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BENNKF4NT

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan BAYRAMOĞLU Dahili : 33216

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Fax : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 30/06/2016-244578



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 29/06/2016
Toplantı No : 15
Karar No : 22

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Melda DOĞAN'ın Prof. Dr. Anahit COŞKUN' un danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak hazırlığı "*Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğum Şekilleri İle İlgili Düşünceleri*" başlıklı anket çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

11. ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Melda DOĞAN
2. Doğum Tarihi: 24.03.1989
3. Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi	2013
Y. Lisans	Hemşirelik/Kadın doğum	Haliç Üniversitesi	
Doktora			