



**EBE VE HEMŞİRELERİN DOĞUM ŞEKLİ VE
TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU

**2021
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI
Tez Danışmanı**

Doç.Dr.Raziye ÖZDEMİR

**EBE VE HEMŞİRELERİN DOĞUM ŞEKLİ VE TERCİHLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**KARABÜK
Haziran 2021**

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU tarafından hazırlanan “EBE VE HEMŞİRELERİN DOĞUM ŞEKLİ VE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr.Raziye ÖZDEMİR
Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Sibel MUTLU
İkinci Tez Danışmanı, Özel Gebze Yüzyıl Hastanesi

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. Haziran 2021

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu) İmzası

Başkan : Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR (KBÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER (KBÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Engin YURTCU (DÜ)

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edilmesini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

EBE VE HEMŞİRELERİN DOĞUM ŞEKLİ VE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanları:

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Uzm. Dr. Sibel MUTLU

Haziran 2021, 66 sayfa

Bu çalışmanın amacı, Karabük'te üçüncü basamak sağlık kuruluşunda görev yapan ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihlerinin ve doğum şekli tercihleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir. Kesitsel tipte planlanan çalışma, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini hastanede görev yapan toplam 595 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örnek seçilmemiş olup hedef popülasyonun tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak, 294 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmada 301 kişiden (%46) veri toplanmıştır. Veriler, 32 soruluk bir form kullanılarak online anket tekniği yoluyla toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler yüzde dağılım biçiminde özetlenmiş, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Araştırma grubunun %75,1'ini hemşireler (n=226), %24,9'unu ebeler (n=75) oluşturmaktadır. Çalışma grubunun %40,2'si 35-44 yaş grubunda ve %87,0'ı evlidir. Ebe ve hemşirelerin %50,5'i sezaryen doğumu, %49,5'i vajinal doğumu tercih etmektedir. Ebe ve hemşirelerin %29,6'sı endikasyon olmadığı durumlarda isteğe bağlı sezaryen

uygulanabileceğini, %60,8'i sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleşebileceğini, %76,1'i sezaryen doğumda komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu düşünmektedir. Ülkemizdeki sezaryen doğumların artış trendi ile uyumlu olarak ebe ve hemşireler arasında da sezaryen doğum yaygın olarak tercih edilmektedir.

Anahtar Sözcükler : Doğum şekli tercihi, ebe, hemşire, sezaryen, vajinal doğum

Bilim Kodu : 10104.01

ABSTRACT

Master's Thesis

FACTORS AFFECTING THE DELIVERY METHOD AND PREFERENCES OF MIDWIVES AND NURSES

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU

**Karabuk University
Institute of Graduate Programs
Department of Midwifery Science**

Thesis Advisors:

Assoc. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Dr. Sibel MUTLU

June 2021, 66 page

The aim of this study is to evaluate the preferences of delivery type of midwives and nurses working in the tertiary health care institution in Karabük and the factors associated with the mode of delivery. The study, planned in cross-sectional type, was conducted in the Karabuk Training and Research Hospital. The universe of the research consisted of 595 midwives and nurses working in the hospital. The sample was not selected in the study, and it was aimed to reach the entire target population. However, since 294 people did not accept to participate in the study, data were collected from 301 people (46%). Data were collected through an online survey technique using a 32-question form. The data obtained from the study were summarized as percentage distribution, and the relationship between dependent and independent variables was analyzed with the chi-square test. Nurses (n=226) constitute 75,1% of the research group and midwives (n=75) constitute 24,9%, 40,2% of the study group were in the 35-44 age group and 87,0% were married. 50,5% of midwives and nurses prefer cesarean section, 49,5% prefer vaginal delivery 29,6% of midwives

and nurses think that optimal cesarean section can be applied in cases where there is no indication, 60,8% think that vaginal delivery can occur after cesarean section, 76,1% think that the risk of complications is higher in cesarean section. In line with the increasing trend of cesarean deliveries in our country, cesarean delivery is widely preferred among midwives and nurses.

Key Words : Preference of delivery type, midwife, nurse, cesarean section, vaginal delivery

Science Code: 10104.01

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışma sürecimde kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana destek olan, büyük bir sabırla bana yol gösteren çok değerli tez danışmanım Doç.Dr. Raziye Özdemir başta olmak üzere,

Değerli hocalarım Uzm. Dr. Sibel Mutlu ve Dr. Öğr. Üyesi Engin Yurtçu'ya,

Destekleriyle bugünlere gelmemi sağlayan, her zaman yanımda olduklarını hissettiren ve bana güç veren çok kıymetli anneme ve babama,

Her zaman olduğu gibi yüksek lisans sürecinde de en büyük destekçim olan eşim Muammer Kurtoğlu ve beni sabırla bekleyen çocuklarım Göktuğ ve Gökçe'me,

Tez sürecimde hiçbir yardımını esirgemedi yanımıda oldukları için meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
BÖLÜM 1.....	1
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. GEBELİK VE DOĞUM OLGUSU.....	4
2.2. DOĞUM ŞEKİLLERİ.....	4
2.2.1. Normal Vajinal Doğum.....	4
2.2.2. Müdahaleli Vajinal Doğum.....	5
2.2.2.1. Doğumda İndüksiyon.....	6
2.2.2.2. Vakum Ekstraksiyonu.....	7
2.2.2.3. Forsepsle Doğum.....	7
2.2.2.4. Epizyotomi Uygulaması.....	8
2.2.2.5. Epidural Anestezi ile Doğum.....	9
2.2.3. Sezaryen.....	10
2.3. DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	12
2.3.1. Tıbbi Faktörler.....	14
2.3.2. Psikolojik Faktörler.....	14
2.3.3. Sosyal Çevre ile ilgili Faktörler.....	15
2.3.4. Sosyo-Ekonomik Faktörler.....	16
BÖLÜM 3.....	17

GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	17
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	17
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM	17
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	18
3.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER..	18
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	18
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	19
BÖLÜM 4	20
BULGULAR.....	20
BÖLÜM 5	34
TARTIŞMA.....	34
BÖLÜM 6	45
SONUÇ VE ÖNERİLER	45
6.1. SONUÇLAR	45
6.2. ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	47
EK VE AÇIKLAMALAR.....	57
Ek 1. Etik Kurul İzni	57
Ek 2. Kurum İzni.....	58
Ek 3. Anket Soru Değişikliği İzni	59
Ek.4. Araştırmada Kullanılan Soru Formu.....	60
ÖZGEÇMİŞ	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.2.3.1.Türkiye’de tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların yüzdesi (TNSA 2018)	11
Şekil 4.1. Araştırma grubunun doğum şekli tercihi.....	24
Şekil 4.2. Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi	32

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.....	21
Çizelge 4.2. Araştırma grubunun doğurganlık özellikleri.....	23
Çizelge 4.3. Araştırma grubunun doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri.....	25
Çizelge 4. 4. Araştırma grubunun doğum şekli tercih nedenleri.....	26
Çizelge 4. 5. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre doğum şekli tercihi.....	28
Çizelge 4. 6. Araştırma grubunun doğurganlık özelliklerine göre doğum şekli tercihi	30
Çizelge 4. 7. Araştırma grubunun tercih ettiği doğum şekline göre doğum	31
Çizelge 4. 8. Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri	33

KISALTMALAR DİZİNİ

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Gestasyon yaşı 37-42 haftalık olan bir fetüs artık dış ortamda yaşayabilecek yetenektir. Baş pelvis uyumsuzluğu olmayan ve canlı fetus ve eklerinin kendiliğinden uterustan vajinal yolla dışarı atılması olayına normal doğum denir (Yüksel Yakut, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan tüm gebelikleri de doğum olarak tanımlamaktadır (Çoban Koca, 2015).

Kadın vücudunun anatomik ve fizyolojik yapısı genellikle normal vajinal doğum için uygundur. Normal vajinal doğumun, müdahalesiz ve kendiliğinden gerçekleşmesi nedeniyle doğum sonrası annenin iyileşme süreci diğer doğum şekillerine göre daha hızlıdır (Kaymak, 2017). Vajinal doğumun anne açısından yararları; daha az tıbbi ve cerrahi müdahale, daha az oranda enfeksiyon riskinde azalma, doğumdan sonra daha çabuk iyileşme, postpartum dönemde anne-bebek etkileşimin daha hızlı sağlanması, anne bebek etkileşiminin ve emzirmenin erken başlatılması ve erken taburculuk olarak özetlenebilir. Vajinal doğumun yenidoğan açısından yararları ise ilk emzirmenin erken başlaması ve anne ve bebek bağlanmasının artması, bebeklik ve çocukluk dönemlerinde alerjik astım gibi hastalıkların ortaya çıkışının azalmasıdır (Aktaş ve Yılar, 2018).

Anne ve bebeğin hayatını kurtarmak ve daha güvenli bir doğum gerçekleştirmek için doğum indüksiyonu, epizyotomi, forseps ya da vakum uygulaması gibi müdahaleli vajinal doğum şekilleri veya sezaryen uygulaması ile doğum gerçekleştirilmektedir (ACOG, 2015).

Vajinal doğumun anne ve bebek açısından risk oluşturduğu durumlarda bebeğin sezaryen yöntemi ile dünyaya getirilmesi gerekmektedir (Sayiner vd, 2009). Ancak, sezaryen doğum hayat kurtarıcı bir müdahaleden çok sık uygulanan obstetrik cerrahi bir müdahale olarak yaygın biçimde uygulanmaya başlamıştır (Başkaya ve Sayiner,

2018). Sezaryen, anne ve bebek açısından ciddi komplikasyonlar oluşturabilecek bir cerrahi girişimdir (Bektaş, 2008). Sezaryen doğumlardan sonra annede anestezi kaynaklı komplikasyonlar, kardiyak arrest, acil histerektomi, tromboembolik olay, hematoma, kronik pelvik ağrı, yara yeri enfeksiyonları gibi yaşam kalitesini ciddi biçimde düşüren ya da yaşamı tehdit eden sağlık sorunları görülebilmektedir. Yenidoğanda ise, anne sütü alamama, respiratuar distres sendromu ve pulmoner hipertansiyon ve ölüm riskinin arttığı bildirilmektedir (Goer and Romano, 2012).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların payı 2003 yılında %21, 2008’de %37, 2018’de %52’dir. TNSA-2018 verilerine göre, Türkiye’de 1993’de doğumların %60’ı hastanede gerçekleşirken günümüzde tamamına yakını (%99) hastanelerde gerçekleşmektedir. TNSA 2018 bulgularına göre ülkemizde doğumların %59’u kamu hastanelerinde, %40’ı özel hastanelerde ve %1’inden daha azı evde yapılmıştır (TNSA, 2018). Doğumların %83’ü doktor, %8’i hemşire, %8’i ebe tarafından gerçekleştirilmiştir (TNSA, 2018). Özel hastanelerdeki sezaryen sıklığı, hekimlerin sezaryen doğuma karar vermesi, özel sektöre başvuran gebelerin doğumda mutlaka kendi hekimini istemesi, gebenin sezaryen doğumu tercih etmesi gibi nedenlerle kamu hastanelerine göre daha yüksektir (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2017). Ebe ve hemşirelerin yaptırdığı doğumlar bölgelere göre farklılık göstermekte olup, Türkiye’nin batısında en düşük (%7), doğusunda en yüksektir (%32), (TNSA, 2018). Bir çalışmada sezaryen doğumu tercih eden kadınların sıklığı %21 olarak bildirilmiştir (Karabulutlu, 2012). Başka bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %55,3’ünün sezaryen doğum, %44,7’sinin vajinal doğum planlamalarına rağmen %74,5’inin son doğumlarında sezaryen doğum yapıldığı saptanmıştır (Ünay ve Taşpınar, 2018). Duman ve arkadaşlarının çalışmasında ise sağlık personelinin %53,1’inin sezaryen doğumu tercih ettiği bulunmuştur (Duman vd, 2007).

Kadınlarla en yakın etkileşimi olan sağlık çalışanları ebe ve hemşirelerin doğum tercihleri, kadınların doğum tercihleri üzerinde de etkili olabilir. Bu çalışmada Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihlerinin ve doğum şekli tercihi ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi

amaçlanmıştır. Çalışma, Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu teşvik etmeye yönelik politikalarına katkı sağlayabilecek bir çalışmadır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde gebelik ve doğum olaylarının tanımı, doğum şekilleri ve doğum şekli tercihini etkileyen faktörlere yönelik bilgilere yer verilmiştir.

2.1. GEBELİK VE DOĞUM OLGUSU

Kadın yaşamının en önemli aşamalarından biri olarak kabul edilen gebelik, kadının bedenen ve ruhsal olarak değişikliklere adapte olduğu süreç olarak kabul edilir (Öztürk ve Aydın, 2017). Gebelik algısı ve gebeliğe uyum, kişisel deneyimler, eğitim düzeyi, anneliğe hazır oluşluk ve aile bireylerinin gebeliğe karşı tutumunun yanı sıra, ailenin sosyoekonomik yapısı, kadında önceden var olan hastalıklar, önceki ve bu gebelikte yaşanan riskli durumlar, gebeliği isteme durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Kumcağız vd, 2017). Doğum eylemi, yaklaşık 40 haftalık gebelik sürecinden sonra fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı eylemdir (Duman vd, 2007). Doğum patolojik değil, doğal bir süreçtir. Her kadın herhangi bir komplikasyon veya patolojik bir durum olmadığı sürece bebeğini dünyaya getirebilme yeteneğine sahiptir (Madden vd, 2013).

2.2. DOĞUM ŞEKİLLERİ

Doğum, normal vajinal, müdahaleli vajinal ve sezaryen olmak üzere üç şekilde gerçekleşebilir (Todman, 2007).

2.2.1. Normal Vajinal Doğum

Normal vaginal doğum, 38-40 haftalık gebelik sürecinden sonra herhangi bir girişim olmaksızın kendiliğinden başlayan kontraksiyonlarla fetüs ve eklerinin vaginal

kanaldan dış ortama atıldığı doğum şeklidir (Bel, 2019). Normal vajinal doğum annenin ve bebeğin fizyolojik yapısı için en uygun doğum şeklidir (Serçekuş ve İşbir, 2012). Doğum eyleminin normal vajinal yolla gerçekleşebilmesi için gebeliğin miadında olması, tek ve canlı bir fetus olması, doğum eyleminin kendiliğinden başlaması, baş ve pelvis uyumsuzluğunun olmaması, bebeğin baş prezantasyonunda olması, fetüsün ve anne adayının sağlıklı olması gerekmektedir (Arslan, 2012).

Türkiye’de vajinal doğumların tüm doğumlar içindeki sıklığı 2011’de %53, 2013’te %50, 2018 yılında %62 olarak bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık Bakanlığı’nın 2018/27 sayılı genelgesi ile “Anne Dostu Hastane Programı” uygulanmaya başlamıştır. Anne Dostu Hastane unvanını alan hastanelerde normal vajinal doğumları özendirmek ve müdahaleli doğum sıklığı azaltmak hedeflenmektedir. Program dahilinde anne adaylarının mahremiyetinin korunduğu tek kişilik odalarda hijyenik koşullarda nitelikli hizmet alması sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Vajinal doğum, anne ve bebek açısından yararları olan bir doğum şeklidir. Anneye yönelik yararları arasında doğumdan sonra iyileşme sürecinin hızlı olması, anne ve bebek bağlanması erken başlaması, daha az tıbbi ve cerrahi müdahale içermesi, enfeksiyon riskinin daha az olması bulunur (Molina vd, 2015). Normal vajinal doğumun yenidoğan açısından yararları ise yenidoğanın akciğerlerinin soluk alıp vermeye hazırlıklı olması, anne sütü almaya erken başlaması, alerji ve astım riskinin daha az olması olarak özetlenebilir (Sandall vd, 2018; Bracken and Fischel, 2008). Vajinal doğum, sezaryen doğumlarla karşılaştırıldığında düşük maliyetli bir doğum şekli olup, ekonomik olarak da avatajlıdır. Bu açıdan normal vajinal doğumların yaygınlaşması sağlık harcamalarının azalmasına yol açarak ülke ekonomisine de katkı sağlar (Ten vd, 2014).

2.2.2. Müdahaleli Vajinal Doğum

Müdahaleli vajinal doğum eylemi, anne ve bebeğin yaşamını tehlikeye sokmamak için uygulanan tüm obstetrik işlemlerdir (ACOG, 2015). Anne ve fetus için tehlikeli kabul edilen durumlarda gerçekleştirilen vakum ekstraksiyonu, forseps uygulaması,

epizyotomi uygulaması müdahaleli doğum olarak kabul edilir (Haral, 2018).

Müdahaleli vajinal doğum sıklığı Avustralya'da %12, Amerika'da %5 (Martin vd. 2012), İngiltere'de %10-15'dir (RCOG 2011). Türkiye'de ise müdahaleli doğum sıklığı %0,95 olarak bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Müdahaleli vajinal doğumlardan sonra enfeksiyon, üriner inkontinans, postpartum kanama, perinede ağrı, hematoma, bebekte saçlı deri yaralanmaları, asfiksi gibi komplikasyonlar sık görülebilmektedir (Suwannachat vd, 2012). Karakuş vd. (2014) yapmış olduğu beş (5) yıllık araştırmada yıllık vakum aleti ile doğum ortalamasının %0,4'ten %0,2'ye düştüğünü bildirmiştir.

2.2.2.1. Doğumda İndüksiyon

Doğum indüksiyonu, uterus kontraksiyonlarının mekanik veya farmakolojik yöntemler ile yapay olarak başlatılmasıdır (Türkler, 2019). Doğum indüksiyonu, fetal veya neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla uygulandığında tıbbi doğum indüksiyonu; maternal veya fetal endikasyon olmaksızın doğum süresini kısaltılmak veya psikososyal nedenlerle yapılan indüksiyonlar elektif doğum indüksiyonu olarak tanımlanır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2006'da tüm doğumların %22'sinde, İngiltere'de tüm doğumların %19,8'inde doğum indüksiyonu kullanıldığı bildirilmiştir (NICE, 2008). Ülkemizde doğum indüksiyonu hastanede gerçekleşen doğumlarda neredeyse rutin olarak uygulanan bir müdahale durumundadır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Doğum indüksiyonu fetal distres gibi komplikasyonlara neden olarak sezaryen sıklığını, uterotonik ajanların kullanımını, postpartum kanama riskinin histerektomi olasılığını ve hastanede yatış süresini artırabilmektedir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Doğumda indüksiyonunda yaygın olarak kullanılan oksitosin gebelerde fetal distres, uterus rüptürü, antidiüretik etki, hipotansiyon, sezaryen ve hiperstimülasyon gibi komplikasyonlara yol açabildiği belirtilmektedir (Demirel ve Çelik, 2013).

Genç, zayıf ve uzun boylu, multipar kadınlarda, gebeliğin ile dönemlerinde ve doğum ağırlığı düşük bebek ise doğum indüksiyonunun başarısı artmaktadır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013). Yüksek doz indüksiyon uygulandığı durumda yenidoğanda hipotansiyon, hiponatremi, taşikardi, sıvı retansiyonu görülebilir (Budden vd, 2014).

2.2.2.2. Vakum Ekstraksiyonu

Vakum aleti ile fetüs başına traksiyon uygulanarak, saçlı fetal deride negatif basınç uygulayıp fetusun pelvisten geçişi sağlanır (Taşkın, 2014). Bebeğin doğum kanalından ilerleyemediği durumlarda ve annenin ıkınmasına engel bir durum olduğunda doğumun hızla gerçekleşmesi için fetal distres durumunda doğumu hızlandırmak amacıyla kullanılır (Karakuş vd, 2014).

Vakum ekstaksiyonu tarihte ilk olarak 1705 yılında Dr. James Younge tarafından uygulanmıştır (Ali ve Norwitz, 2009). Vajinal doğumlarda vakum uygulama sıklığı Kanada'da %10, Avustralya'da %6, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında %4 olarak bildirilmektedir (Türe, 2017). Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1988-2009 yılları arasındaki verilerin incelenmesi üzerine yapılan bir çalışmada, vajinal doğumların %1,0'ine vakum uygulandığı bildirilmiştir (Bakırcı, 2010).

Vakum ekstraksiyonu, doğumun ikinci evresinin uzaması, kordon sarkması, ıkınmayı engelleyen maternal hastalıklar (kalp hastalığı, nörolojik hastalıklar gibi), doğumun hızla gerçekleşmesini gerektiren fetal distres gibi komplikasyonların ortaya çıktığı durumunda uygulanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Doğumda vakum uygulaması sonucunda annede ağrı, üretra yaralanması, perine yara yeri enfeksiyonu, rektovajinal fistül, servikal, vajinal ve perinede yırtıklar, kanama ve vajinal hematoma görülme sıklığı artar. Uygulamanın bebek açısından riskleri kafa derisinde sıyrıklar veya laserasyon, retina kanaması, emmede başarısızlık, asfiksi, sefal hematoma, intrakranial yaralanma ve perinatal ölümdür (Suwannachat vd, 2012).

2.2.2.3. Forsepsle Doğum

Forseps, fetüsün başını kavrayarak doğuma yardımcı olan bir alettir (Nikpoor ve Bain,

2013). Forseps uygulama işlemi 16. yüzyıllara dayanan eski bir yöntemdir. Yıllar içinde kullanımı azalmış olsa da müdahaleli doğum sıklığı 1976, 1986, 1996, 2006 ve 2016 yıllarında müdahaleli doğumlar içinde forseps kullanım sıklığı sırası ile %99,3, %99,58, %99,83, %99,94 ve %0 olarak bulunmuştur (Tanaçan ve Bektaş, 2019). Forsepsin belli başlı komplikasyonları; saçlı deri ve fetal yüz yaralanmaları, epizyotomi oranında artış, perinede yırtıklar, idrar inkontinansı, perineal travma ve annede analjezi kullanımında artıştır (O'Makhony vd, 2010).

Türkiye'de forseps kullanım oranı oldukça düşüktür. Vajinal doğumların %1,8'inde forseps kullanıldığı bildirilmiştir (Bakırcı, 2010).

Forsepsin uygulamasından sonra annede idrar inkontinansı, perinede yırtık riskinde ve epizyotomi gereksiniminde artma, bebekte ise yüzde ve saçlı deride yaralanma gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir (O'Mahony vd, 2010).

2.2.2.4. Epizyotomi Uygulaması

Epizyotomi, vajinal doğumu kolaylaştırmak için uygulanan tekniklerden biridir. Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek, istenmeyen yırtıkları önlemek, perinenin tonüsünü korumak, fetüs başının hızlı, tehlikesiz ve kolay doğumu için doğum sürecinin ikinci evresinde bulbo-cavernos kasına yapılan insizyon olarak tanımlanır (Çelebi, 2009).

Epizyotomi uygulaması tarihte ilk olarak 1742'de İrlandalı ebe Sir Fielding Ould tarafından zor doğumlarda vagina çıkışını keserek uygulanmıştır. (Dündar, 2009). Epizyotomi uygulamaları ile ilgili pek çok farklı yöntem uygulanmış, en az zarar verecek ve en faydalı olan epizyotomi tekniği bulunması yönünde çalışmalar yapılmıştır (Dönmez ve Sevil, 2009). DSÖ, vajinal doğumların %10'unda epizyotomi gereksinimi olabileceğini belirtmektedir (WHO, 1996). Epizyotomi sıklığı Tayvan'da %100, İran'da %39, Norveç'te %12-15, İsveç'te %10 olarak bildirilmektedir (Graham vd, 2005; Moini vd, 2007). Ülkemizde doğumların %64-89'unda epizyotomi uygulandığı bildirilmiştir (Aktaş ve Karaçam, 2017; Karaahmet ve Yazıcı 2017). Epizyotomi sıklığının primiparlarda %97 iken multiparlarda %52 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (Sayiner ve Demirci, 2007). Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde, spontan vajinal doğum yapan kadınların %91,2'sine epizyotomi uygulanmıştır (Gül, 2008).

Epizyotomi, fetal distres, omuz distosisi, kordon sarkması, doğumun ikinci evresinin uzaması halinde doğumu hızlandırmak, operatif vajinal doğumlar, makat gelişlerde manevra alanı kazanmak, spontan perine laserasyonlarını önlemek, anal sfinkter ile rektum hasarını önlemek ve uzun dönemde pelvik relaksasyon, üriner inkontinans sıklığını azaltmak için uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010; Atan-Ünsal vd, 2013).

Epizyotomi annenin ayakta durma, eğilme, çömelme, yürüme, oturma, idrar ve dışkı yapma gibi aktivitelerinde ağrıya sebebiyet vermesi nedeniyle annenin emzirmesine ve bebek bakımına engel olmaktadır (Durmaz ve Buğdaycı, 2013). ACOG, vajinal doğum sırasında doğumu hızlandırma ve kolaylaştırma, maternal laserasyonlara karşı perineyi koruma gibi maternal veya fetal endikasyon için epizyotominin kullanılmasını gerekmedikçe kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir (ACOG, 2013).

2.2.2.5. Epidural Anestezi ile Doğum

Gebenin bel kısmından özel bir iğne ile girilerek anestezi madde uygulaması ile doğum sırasında bel bölgesinin alt kısmından itibaren ağrı hissedilmesinin engellenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Şahin, 2009).

Epidural anestezi uygulanarak gerçekleştirilen doğumlar 1960'lı yıllarda yaygınlaşmıştır (Ertuğrul, 2009). Epidural anestezi uygulama sıklığı Amerika'da 2001 yılında %77, İngiltere'de 2008-2009 yıllarında %33 olarak bildirilmiştir (Cambic and Wong, 2010). Türkiye'de ilk kez 1990 yılında uygulanan epidural anestezi uygulama sıklığı özel hastanelerde %35, üniversite hastanelerinde %11 olarak bildirilmektedir (Ertuğrul, 2009).

Epidural anestezinin uygulanabilmesi için uterus kontraksiyonlarının düzenli, serviksin açıklığının 3-7 cm, fetüsün gelen kısmının baş ve gebelik haftasının 38-42 hafta arasında olması gerekir (Şahin, 2009). Epidural anestezi uygulanan gebenin yürüyebilmesi ve ağrı sebebiyle hızlı nefes alıp vermesini önleyerek fetüse giden

oksijen akımının daha iyi olması epidural anestezinin avantajlarıdır. Epidural anestezinin dezavantajları ise, idrar retansiyonu, sistemik hipotansiyon, bradikardi, bulantı ve kusma, sırt ağrısı olarak bildirilmektedir (Ertuğrul, 2009).

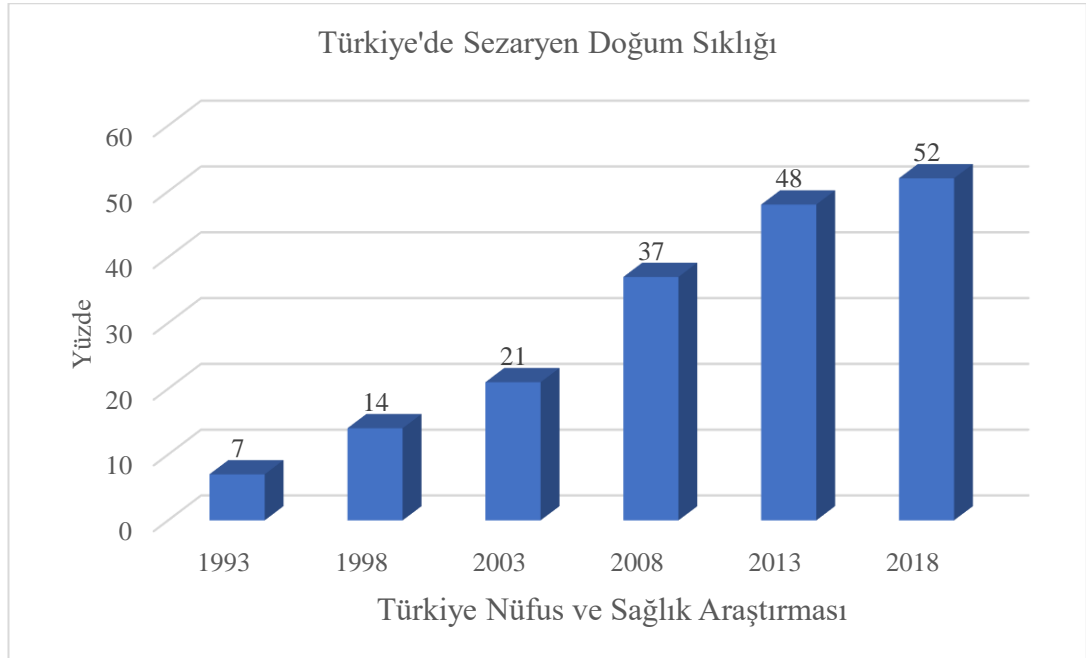
2.2.3. Sezaryen

Bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması operasyonu sezaryen olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2014). Ülkemizde Cemil Topuzlu tarafından 1902'de ilk başarılı sezaryen operasyonu gerçekleştirilmiştir (Alptekin Büyükkaya, 2015).

DSÖ, sezaryen doğum oranlarının 1985 yılından bu yana tüm doğumlar içinde %10-15 oranında olmasını belirtmektedir (Kısa Yıldırım, 2018). Sezaryen doğum sıklığı dünya genelinde %16 olup, yüksek gelirli ülkelerde %28, orta gelirli ülkelerde %32, az gelirli ülkelerde (kişi başına düşen gayri safi milli hasıla 995\$ veya daha az olan ülkeler), %6 ve düşük gelirli ülkelerde (kişi başına düşen gayri safi milli hasılası 996\$-12,195\$ arasında olan ülkeler) %9'dur. Bölgelere göre sıklık Amerika'da %33, Avrupa'da %24, Afrika'da %4'dür (WHO, 2014). Türkiye'de tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların sıklığı %52'dir. (TNSA, 2018). Doğumların %38'i için sezaryen doğum kararı doğum sancuları başlamadan önce verilirken, %14'ünde doğum sancuları başladıktan sonra verilmiştir. Planlanmış sezaryen oranlarının, planlanmamış sezaryandan yüksek olması sezaryen doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadığına işaret edebilir (TNSA, 2018).

Sezaryen doğum cerrahi bir girişimdir. Tıbbi endikasyon olmadan yapılması önerilmemektedir. Sezaryen doğum, vajinal doğumun alternatifi değildir. Bu nedenle sezaryenin anne ve bebek açısından doğuracağı zarar ve yararlar dikkatle değerlendirilmelidir (Cunningham vd, 2014). İri bebek, distosi, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum anne veya bebek için risk oluşturabilmektedir. Bu durumda bebeğin müdahale edilerek sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir. Sezaryen, gebelik ve doğum eylemi sırasında anne ve bebek için komplikasyonlar görüldüğünde hayat kurtarıcı bir yöntemdir (Kısa Yıldırım, 2018). Sezaryen doğum ilk dönemlerde risk ortaya çıktığında anne ve bebeğin hayatını kurtarmak amacıyla yapılırken, son dönemlerde anneler tarafından tercih edilen,

doktorun işini kolaylaştıran bir işlem haline gelmiştir (Demirgöz vd, 2013). Sezaryen doğumlarının artışının nedenleri ileri anne yaşı, normal doğum ağrısı ve acısı çekmek istememe, normal doğumdan korkma, ebeveynlerin isteğinin olması, bebeğe travma olabileceği korkusu ve sosyal nedenler gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Karabulutlu, 2012). Normal ya da müdahaleli vajinal doğum sırasında fetal yaralanmaya ilişkin gerçekleşecek olan malpraktis davalarına ilişkin sağlık hizmeti sunan kişilerin kaygıları da sezaryen sıklığının artışı ile ilişkilidir (Karabel vd, 2017).



Şekil 2.2.3.1. Türkiye’de sezaryen doğum sıklığı (TNSA 2018).

Vajinal doğum yapan kadınlarla ile sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, vajinal doğum yapan kadınlarda postpartum histerektomi, batın içi abse gelişimi, yara yeri enfeksiyonu, yoğun bakım gereksinimi, maternal morbidite ve mortalite, doğum sonu enfeksiyon riskinin daha düşük olduğu ve annelerin daha kısa süre hastanede yattıkları bildirilmiştir (Sharma vd, 2018).

Sezaryen doğumun başlıca komplikasyonları kanama, enfeksiyon, emboli, pıhtılaşma bozuklukları, mesane ya da barsak travmaları, endometrit, yara yeri enfeksiyonları, annede postpartum depresyon, hastanede kalma süresinin uzaması, neonatal repiratuvar

distres sendromu, emzirme ile ilgili sorunlar ve anesteziden kaynaklanan riskler olarak sıralanabilir (Cunningham vd, 2014; Dikmen vd, 2017). Çalışmalar, sezaryen doğumun bir sonraki gebelikte ölü doğum ve erken doğum riskini arttığı bildirilmektedir (Sandall vd, 2018). Ayrıca, sezaryen doğum sırasında yenidoğan, annenin florasından yeteri kadar alamadığı için bağışıklık sistemi üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Yeterli flora çeşitliliği olmayan bebeklerde obezite gibi metabolik hastalık riski artar. Sezaryen doğumda kullanılan profilaktik antibiyotikler de intestinal flora oluşmasını olumsuz etkiler (Sandall vd, 2018).

Sezaryen endikasyonunun en çok rastlanan sebebi bir önceki doğumun sezaryen olmasıdır. İlk kez Edwin B. Cragin ile “bir kez sezaryen hep sezaryen “yaklaşımı ortaya çıkmıştır (Güngör vd, 2005). Sezaryen sonrası vajinal doğum Amerika’da %19,9, Norveç’te %5,7, İsveç’te %53 oranında önerilmekte ve uygulanmaktadır. Çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun uygun hasta seçimiyle %60-90 düzeyinde başarılı olacağını göstermektedir (Ertem ve Koçer, 2008). Sezaryen sonrası vajinal doğum uterus rüptürü geçirilmiş ise, önceki sezaryen doğumda uterus T şeklinde veya vertikal kesi ile yapılmış ise, çoğul veya komplikasyonlu gebelikse, daha önce ikiden fazla sezaryen doğum yapmışsa, bebek veya annenin tıbbi problemleri varsa sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmez (Ertem ve Koçer, 2008).

Sezaryen sonrası vajinal doğumun başarılı olma olasılığı yüksek olsa da riskleri de bulunmaktadır (Güngör vd, 2005). Sezaryen sonrası vajinal doğumun en büyük ve önemli riski uterus rüptürü ile fetal ve maternal morbitidenin artmasıdır (Ertem ve Koçer, 2008).

2.3. DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Anne adayları için doğum şekli ve buna karar verme süreci tıbbi, psikososyal, çevresel ve ekonomik faktörlerden etkilenir (Doğaner vd, 2013). Kadınların doğum şekli tercihinde öncelikle beklentileri ve düşünceleri belirlenmelidir. Kadının kolay ve sorunsuz bir doğum deneyimi yaşanması, uygun doğum şekline karar vererek sağlanabilir (Aktaş ve Gökgöz, 2015).

Ülkelerin sağlık politikaları, gebelikte risklerin erken dönemde tanılarak ve uygun müdahalelerde bulunarak, gebeliğin anne ve bebek için sağlıklı bir şekilde sonuçlanmasını amaçlar. Bu doğrultuda doğum şeklinin belirlenmesi önemli bir konudur. Doğum şekline, anne ve bebek gebelik süresi boyunca yakından değerlendirilerek gebeliğin son trimesterinde karar verilmesi gereklidir (Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019). Her kadın, doğum şekli tercihi özgürce kullanabilmelidir (Şahin, 2009). Bu süreçte ebe ve hemşireler, gebenin doğum şekli kararına etkin bir şekilde katılımını sağlamak ve uygun doğum şekline karar vermesi konusunda gebeyi desteklemelidir (Karabulutlu, 2012). Sağlık çalışanlarının tutumları, gebe kadınların doğum şekli tercihinde belirleyicidir (Betran vd, 2018).

Doğum öncesi dönemde verilen sağlık eğitimi annenin ve fetüsün sağlıklı bir gebelik geçirmesi açısından önem taşır. DSÖ verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerde gebe kadınların %68'i, gelişmiş ülkelerde ise gebe kadınların %98'i doğum öncesi dönemde sağlık eğitimi almaktadır. Gebe kadınların gebelik süresince aldıkları eğitim sağlıklı doğum oranlarını yükseltir (Özceylan ve Toprak, 2020). Bunun yanı sıra doğum öncesi gebeye verilen danışmanlığın doğum sonu dönemde sosyal destek sağladığı, annenin gebelik ve doğum esnasındaki sorunlarla baş etme gücünü, doğum esnasında anksiyeteyi azalttığı, ayrıca normal doğum tercihinin artırdığı belirtilmektedir (Crawford, 2009). Gebelik sürecinde planlanan gebelik eğitimlerinin başlıca amaçlarından biri de kadınların uygun doğum şekline karar verebilmesi sağlanmasıdır (Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Bu doğrultuda ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir genelge ile gebelik sürecinde anne adaylarının bilgilendirilmesine yönelik gebe okulları kurulmuştur. Bu genelge ile gebe eğitimleri standardize edilmiştir (Serçekuş ve Yenal, 2015). Daha sonra 2018 yılında gebe okulları için yeni genelge yayınlamıştır. Bu genelgede gebe okullarının işleyiş şekli, personel niteliği, fiziki alt yapı ve donanım standartları belirlemiştir (Dinç vd, 2014). Gebe okullarında gebelik, doğum ve doğum sonrası uyum, normal doğuma teşvik, farklı teknikler ile gebeyi doğuma ve ebeveyn olmaya hazırlık eğitimleri verilmektedir (Kısa Yıldırım, 2018). Gebelik öncesi dönemde verilen eğitim, doğum süreci hakkında bilgilendirme yapılması ve doğum korkusu düzeyini azalttığı ve isteğe bağlı sezaryen oranını düşürdüğü bildirilmiştir.

2.3.1. Tıbbi Faktörler

Pek çok kadın gebeliğinde komplikasyon gelişmediği sürece normal vajinal doğumu tercih etmektedir (Betran vd, 2018). İdrar tutamama korkusu, cinselliğin olumsuz etkileyeceği korkusu, pelvik hasarlar ve bebek travmalarını önleme amacıyla kadınlar sezaryen doğumu da tercih etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Komisyon Raporu, 2017). Doğum tercihini beklentiler ve önceki doğum tercihleri de etkilemektedir (Black vd, 2016). Sezaryen doğum yapan kadınların daha sonraki gebeliklerinde de sezaryen doğumu tercih etme oranları yüksektir (Cunningham vd, 2014). Önceki doğumların da olumsuz olaylar yaşanması ya da sağlık bakım koşullarının düşük olması da sezaryen doğum tercihlerini arttırmıştır. Aynı zamanda tüp ligasyon yaptırmak isteyen kadınların sezaryenin bu amaçlarına daha uygun olduğunu düşünmesi gibi sebepler de sezaryen doğum tercihini artırmaktadır (Betran vd, 2018). Ayrıca, fetal monitorizasyonun ve ultrasonografinin yaygınlaşması, ileri yaşta gebelik, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma, doğum sayısının azalması, malpraktis davalarının artması sezaryen oranlarının artmasında rol oynamaktadır (Sıkar vd, 2013). Çalışmalar, kadınların %78'inin hekim kararı ile sezaryen doğum yaptığı belirtilmektedir (Ravlı, 2010).

2.3.2. Psikolojik Faktörler

Gebelerin yaklaşık %80'i doğum şekli ile ilgili korku ve endişe yaşadığı bildirilmektedir (Rondung, 2016). Gebelere gebeliğin fizyolojisi ve doğum eylemi konusunda yeterli danışmanlık verilmediği için normal doğumda bebeğinin risk altında olduğunu ve doğumda dayanılmaz ağrı çekeceğini düşündüğü için korkmaktadır (Demirgöz vd, 2013). Subaşı vd. (2013) gebelerde doğum öncesi eğitimin, doğum süreci ile ilgili korku, kaygı doğuma yönelik olumsuz düşünceler üzerinde azaltıcı bir etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Gebelik bazı kadınların psikolojisini geriye dönüşümsüz bir şekilde etkileyerek kalıcı ruhsal değişikliklere sebep olabilmektedir (Üst vd, 2013). Bazı kadınların kanıtlardan ziyade kendileri ve bebek için daha güvenli olduğunu düşünmeleri nedeniyle sezaryen

doğumu tercihi ettiği bilinmektedir (Betran vd, 2018). Gelir düzeyi yüksek ülkelerde bakım kalitesinin de yüksek olmasına rağmen, doğum korkusu gebenin refahını etkileyen bir problem olup, sezaryen taleplerine yol açar (Nilsson, 2018). Bir çalışmada, sağlık personelinin %53'ünün sezaryen doğumu tercih ettiği bildirilmektedir (Duman vd, 2007). Sezaryen doğumu tercih etme nedeni olarak ilk sırada vajinal doğum sırasında maruz kalacağı ağrı korkusu yer almaktadır. Epidural anestezi ile normal doğum yapan sağlık çalışanlarının sıklığı ise %16 olarak saptanmıştır (Duman vd, 2007). Kadınların büyük bir bölümü sezaryen doğumun ağrısız ve kolay olduğunu düşündüğü için tercih etmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011). Gebe kadınlar yoğun duygusal durumlardan dolayı ilk gebeliğinde planlı sezaryen doğumu tercih etmektedir (Sahlin vd, 2013). Kadınların normal doğum hakkındaki düşüncelerinin incelendiği bir çalışmada, kadınların %60'ının normal doğumun ağrılı ve korku verici olması nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettikleri saptanmıştır (Özkar, 2011). Çalışmalar, gebe kadının doğum sürecinin nasıl ilerleyeceğini bilmemesi, normal doğum yapacak yetkinlikte olmadığını düşünmesi, doğum sürecinde yer alan sağlık çalışanının yetkinliğine güvenmeme, doğum sırasında ağrı ve panik duygusu, yırtılma, epizyotomi açılması olasılığı, ölüm korkusu, bebeğin ve kendinin zarar göreceği düşüncesi, bebeğin ölü ya da anomalili doğabileceği gibi nedenlerle doğum korkusunun yaşandığına işaret etmektedir (Kısa Yıldırım, 2018)).

2.3.3. Sosyal Çevre ile ilgili Faktörler

Günümüzde doğurganlık hızlarındaki azalmanın ve gebelik yaşının ileri yaşlara kayması önemli bir etkidir (Cunningham vd, 2014). Sezaryenin daha modern ve kontrollü bir doğum şekli olarak, yansıtılması kadınların sezaryen yoluyla doğum yapma eğilimini artırmaktadır (Betran vd, 2018).

Kadınlar doğum şekline karar verirken arkadaş çevrelerinden, ailelerinden, sağlık çalışanlarından ve medyadan etkilenmektedir. Kadınların doğum şekline karar verme aşamasında en fazla annesinden, ardından eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiği bildirilmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Gebe tarafından anlatılan olumsuz doğum deneyimleri de doğum şekline karar verme sürecini etkilemektedir (Sayıner ve Özerdoğan, 2009). Bu nedenle gebeler isteyerek

ya da istemeden planladıkları doğum şeklinden farklı bir şekilde doğumlarını gerçekleştirebilmektedir (Ravlı, 2010). Ülkemizde vajinal doğum, dini inanç gerekçesi ile önerilebilmektedir. Hatta vajinal doğumun riskli olduğu durumlarda dahi kadın ailesi tarafından vajinal doğuma yönlendirilebilmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011). Ayrıca, erkek bebek sahibi olmanın sezaryen doğum tercihini arttırdığı belirtilmektedir (Halimoğlu ve Yeşilçiçek Çalık, 2020). TNSA 2018 verilerine göre, sezaryen doğum oranları arasında bölgesel farklılıklarda belirgin olarak mevcuttur. Sezeryan doğumlar ülkemizin doğusunda en düşük iken (%38), kuzey bölgesinde en yüksektir (%64) (TNSA, 2018).

2.3.4. Sosyo-Ekonomik Faktörler

Doğum şekli, sosyo-ekonomik faktörlerden ve kadınların farklı doğum şekillerine erişiminden etkilenir (Miller ve Shriver, 2012).

Sezaryen doğumlar yükseköğrenim düzeyine ve yüksek sosyoekonomik statüye sahip kadınlar tarafından daha fazla tercih edilmektedir. Ülkemizde sezaryen doğum sıklığı en yükseköğrenim düzeyine sahip annelerde %63 iken en düşük öğrenim düzeyine sahip kadınlar %37,1'den yüksek refah düzeyine sahip kadınlar arasında %67,8 iken, en düşük refah düzeyine sahip kadınlarda %33,0 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2018). Çalışmalar, ilköğretim mezunu olan gebelerde vajinal doğumun, üniversite mezunu olan gebe kadınlarda ise sezaryen doğumun yaygın olduğunu göstermektedir (Elkin, 2016). Benzer şekilde ekonomik düzey yükseldikçe farklı doğum şekillerine erişim olanağı da yükselmekte ve beraberinde sezeryan doğum tercihi de artmaktadır (Yaşar vd, 2007). Gelir düzeyi düşük kadınlar, daha düşük maliyeti olduğundan dolayı vajinal doğumu tercih etmektedir (Oktay, 2012). Çalışmalar öğrenim düzeyi, yaşanan yerleşim yeri, ailenin refah seviyesinin doğum şekli tercihinin üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Karaca, 2019). Bunun yanı sıra kadının sağlık güvencesinin olmasının ve ekonomik durumunun doğum şekli kararında etkili olmadığını bulan çalışmalar da vardır (Vatansever ve Okumuş, 2013).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihlerinin ve doğum şekli tercihleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın gereç ve yöntemi ile ilgili bilgiler sunulmuştur.

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel tipte planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 06 Nisan 2021 ile 30 Nisan 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarına göre hastanede görev yapan 127 ebe ve 468 hemşire olmak üzere toplam 595 sağlık çalışanı oluşturdu. Araştırmada örnek seçilmemiş olup tüm ebe ve hemşirelere ulaşılması planlandı. Çalışmada online ankete yanıt veren 75 ebe, 226 hemşire olmak üzere 301 çalışan araştırma grubunu oluşturdu. Araştırmaya katılım hızı %46 olarak gerçekleşti.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkeni ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihidir. Bağımsız değişkenler ise çalışanların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleridir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından mevcut literatüre dayalı olarak hazırlanan (Oktay, 2012; Özkan, 2013; Koca, 2015; Elkin, 2016; Doğan, 2016; Karaca, 2019) ve 32 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır. Anket, ebe ve hemşirelerin demografik ve doğurganlık özelliklerini ve doğum şekli tercihlerini sorgulayan soruları içerdi.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşirelere, araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra online düzenlenen anket uygulanmıştır. Anket soruları akıllı telefonlara link olarak gönderilmiş olup, ankete katılım onayının alınmasından sonra cevap aşamasına geçilmiştir. Araştırmanın veri toplanması 06.Nisan 2021-30 Nisan 2021 tarihleri arasında tamamlandı.

3.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Araştırmada elde edilen tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde şeklinde özetlendi. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi aracılığı ile analiz edildi. Analizler, IBM SPSS Paket Programı versiyon 20,0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p>0,05$ olarak ele alındı.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (Tarih 28.03.2019, No: 4/3), (Ek:1) ve Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Komisyonu'nundan araştırma izni alındı (Tarih: 22/07/2019, Sayı:7813), (Ek: 2). Araştırmanın uygulanması sırasında danışman öğretim üyesi değiştiği için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra sorular güncellendi (Tarih: 06/04/2021, Sayı: 23539). Gerekli izinler alındıktan sonra

araştırmaya katılmayı ve anketi yanıtlamayı kabul eden ebe ve hemşirelerden online olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

3.8. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada Karabük Eđitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerden veri toplanmış ve çalışmaya katılım dūřuk kalmıştır. Bu nedenle çalışmadan elde edilen verilerin genellenebilirliği sınırlıdır. Ayrıca araştırmada sınırlı sayıda bağımsız değişken sorgulanabilmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Araştırmada eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 226 hemşire, 75 ebe olmak üzere toplam 301 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Çizelge 4.1’de araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %40,2’si 35-44 yaş grubunda %87’si evli, %66,8’i lisans mezunu, %88’i çekirdek aile yapısına sahip, %49,8’inin aylık hane geliri 5000 liranın üzerindedir. Araştırma grubunun %75,1’ini hemşireler, %24,9’unu ebeler oluşturmaktadır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4. 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.

Değişken	n	%
Yaş grubu		
18-24	14	4,7
25-34	103	34,2
35-44	121	40,2
45 ve üstü	63	20,9
Medeni durum		
Evli*	262	87,0
Bekar	39	13,0
Öğrenim düzeyi		
Lise	8	2,7
Ön lisans	54	17,9
Lisans	201	66,8
Yüksek Lisans	38	12,6
Aile tipi		
Çekirdek	265	88,0
Geniş	25	8,3
Tek ebeveyn	11	3,7
Hane aylık geliri (lira)		
<4000	29	9,6
4000-5000	122	40,5
>5000	150	49,8
Meslek		
Ebe	75	24,9
Hemşire	226	75,1
Toplam	301	100

*Halen evli ve evlenmiş kadınlar

Çizelge 4.2’de araştırma grubunun doğurganlık özellikleri sunulmuştur. Araştırma grubunun yarısından fazlası (%58,8) 22-26 yaş aralığında evlilik yapmış, %68,3’ü 1-2 kez gebe kalmış, %83,2’si 1-2 kez doğum yapmıştır. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %62,7’sinin son gebeliği planlı olup, %92,9’u dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi izlem yaptırmıştır. Doğum öncesi izlemlerin %52,2’si özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Son gebeliklerin %14,1’inde doğum öncesi

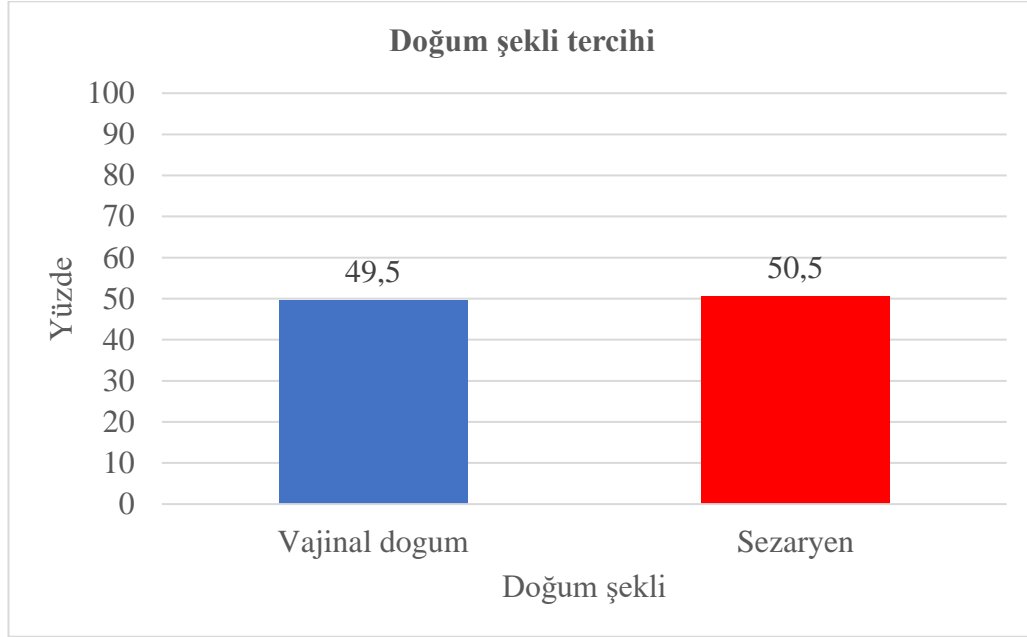
dönemde komplikasyon/hastalık, %18'inde doğum sırasında komplikasyon ortaya çıkmıştır. Araştırma grubunun %65,1'i son doğum şeklini sezaryen olarak planlamıştır ancak %72,9'unun doğum şekli sezaryen olarak gerçekleşmiştir (Çizelge4. 2).

Çizelge 4. 2. Araştırma grubunun doğurganlık özellikleri.

Değişken	n	%
Evlenme yaşı (n= 262)*		
17-21	50	19,1
22-26	154	58,8
27-31	46	17,6
32 ve üstü	5	1,9
Belirtilmeyen	7	2,7
Gebelik sayısı*		
Yok	7	2,7
1-2	179	68,3
3-4	76	29,0
Doğum sayısı*		
Yok	10	3,8
1-2	218	83,2
3-4	34	13,0
Toplam	262	100,0
Son gebeliğe ilişkin bilgiler (n= 255)**		
Planlı gebelik		
Evet	160	62,7
Hayır	95	37,3
Doğum öncesi izlem sayısı		
1-3	16	6,3
4 ve üstü	237	92,9
Belirtilmeyen	2	0,8
Doğum öncesi izlemlerinin yapıldığı sağlık kuruluşu		
Özel hastane	133	52,2
Devlet hastanesi	96	37,6
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	18	7,1
Aile Sağlığı Merkezi	6	2,4
Belirtilmeyen	2	0,8
Doğum öncesi dönemde komplikasyon/hastalık		
Evet	36	14,1
Hayır	210	82,4
Belirtilmeyen	9	3,5
Doğum sırasında komplikasyon		
Evet	46	18,0
Hayır	199	78,0
Belirtilmeyen	10	3,9
Planlanan doğum şekli		
Vajinal doğum	78	30,6
Sezaryen	166	65,1
Belirtilmeyen	11	4,3
Gerçekleşen doğum şekli		
Vajinal doğum	63	24,7
Sezaryen	186	72,9
Belirtilmeyen	5	2,0
Toplam	255	100,0

*Bekar (hiç evlenmemiş) ebe ve hemşireler Çizelgeye dahil edilmemiştir.**Gebeliği olmayan ebe ve hemşireler dahil edilmemiştir.

Şekil 4.1’de araştırma grubunun tercih ettiği doğum şekli görülmektedir. Araştırma kapsamındaki ebe ve hemşirelerin %50,5’i sezaryen doğumu, %49,5’i vajinal doğumu tercih etmektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Araştırma grubunun doğum şekli tercihi.

Çizelge 4. 3’te araştırma grubunun doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri sunulmuştur. Ebe ve hemşirelerin %29,6’sı endikasyon olmadığı durumlarda isteğe bağlı sezaryen uygulanabileceğini, %60,8’i sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleşebileceğini, %61,1’i vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olduğunu ve %76,1’i sezaryen doğumda komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Araştırma grubunun doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri.

Değişken	n	%
Doğum Şekli Tercihi		
Vajinal doğum	149	49,5
Sezaryen	152	50,5
Endikasyon olmadığı durumda isteğe bağlı sezaryen uygulanmalı mıdır?		
Evet	89	29,6
Hayır	190	63,1
Belirtilmeyen	22	7,3
Sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleşebilir mi?		
Evet	183	60,8
Hayır	95	31,6
Belirtilmeyen	23	7,6
Vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemler etkili midir?		
Evet	184	61,1
Hayır	28	9,3
Fikrim yok	65	21,6
Belirtilmeyen	24	8,0
Hangi doğum şeklinde komplikasyon riski fazladır?		
Vajinal doğum	72	23,9
Sezaryen	229	76,1
Toplam	301	100,0

Çizelge 4.4'te araştırma grubunun doğum şekli tercih nedenleri görülmektedir. Araştırma grubunda yer alan ebe ve hemşireler vajinal doğumu tercih nedenini %67,8 vajinal doğumun daha sağlıklı bir doğum şekli olduğunu düşünme, %10,1 anne ve bebeğin erken temasının sağlanabilmesi, %3,4 erken mobilizasyon, %2,0 sezaryen doğumun daha riskli olduğunu düşünme, %2,0 hekimin tercihi, %2,0 gebelikte aldığı eğitimin etkisi ve %0,7 dini inancı sebebi olarak bildirmiştir. Sezaryen doğumun tercih nedenleri ise %34,9 riskli gebelik öyküsü, %34,2 önceki doğumun sezaryen olması, %13,2 daha az ağrı/acı hissi duyma ve %9,9 anne ve bebek için daha sağlıklı olduğunu

düşünme, %0,7 cerrahi tekniklerin gelişmesi ve %0,7 eşin tercihi olarak belirtilmiştir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4. 4. Araştırma grubunun doğum şekli tercih nedenleri.

Doğum Şekli Tercih Nedeni	n	%
Vajinal Doğum		
Daha sağlıklı bir doğum şekli olduğunu düşünme	101	67,8
Anne ve bebeğin erken temasının sağlanması	15	10,1
Sezaryen doğumu daha riskli bulma	3	2,0
Erken mobilizasyon	5	3,4
Hekimin tercihi	3	2,0
Gebelikte aldığı eğitim nedeni ile	3	2,0
Dini inancı nedeni ile	1	0,7
Belirtilmeyen	18	12,1
Toplam	149	100,0
Sezaryen		
Anne ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme	15	9,9
Önceki doğumun sezaryen	52	34,2
Riskli gebelik öyküsü	53	34,9
Daha az ağrı/acı hissi duyma	20	13,2
Cerrahi tekniklerin gelişmesi	1	0,7
Eşinin tercihi	1	0,7
Belirtilmeyen	10	6,6
Toplam	152	100,0

Çizelge 4.5'te araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre doğum şekli tercihi sunulmuştur. Vajinal doğumu tercih edenlerin yüzdesi yaşı 34 yaş ve daha

küçük olan ebe ve hemşirelerde (%66,7), 35 yaş ve üzeri yaşta olanlara göre (%38,6) anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Bekâr ve hiç evlenmemiş kişiler, evlilere göre vajinal doğumu daha fazla tercih etmektedir (sırasıyla %84,6, %44,3), ($p<0,05$). Vajinal doğumu tercih edenlerin yüzdesi tek ebeveynli ve geniş ailede yaşarlarda ve aylık geliri 4000 liradan az olanlarda karşılaştırılan diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Araştırma grubunun doğum şekli tercihi ile öğrenim düzeyi ve mesleği arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla, $p=0,667$, $p=0,172$), (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre doğum şekli tercihi.

Değişken	Vajinal doğum		Sezaryen		İstatistiksel analiz	
	n	%*	n	%*	Ki-Kare	p
Yaş grubu						
≤34	78	66,7	39	33,3	22,559	0,000
≥35	71	38,6	113	61,4		
Medeni durum						
Evli	116	44,3	146	55,7	22,100	0,000
Bekar	33	84,6	6	15,4		
Öğrenim düzeyi						
Lise	5	62,5	3	37,5	1,567	0,667
Ön lisans	28	51,9	26	48,1		
Lisans	95	47,3	106	52,7		
Yüksek Lisans	21	55,3	17	44,7		
Aile tipi						
Çekirdek	125	47,2	140	52,8	6,274	0,043
Geniş	15	60,0	10	40,0		
Tek ebeveynli	9	81,8	2	18,2		
Hane aylık geliri						
<4000 TL	23	79,3	6	20,7	11,421	0,003
4000-5000 TL	57	46,7	65	53,3		
>5000 TL'den fazla	69	46,0	81	54,0		
Meslek						
Ebe	32	42,7	43	57,3	1,867	0,172
Hemşire	117	51,8	109	48,2		
Toplam	149	49,5	152	50,5		

*Satır yüzdesi

Çizelge 4. 6'da araştırma grubunun doğurganlık özelliklerine göre doğum şekli tercihi sunulmuştur. Vajinal doğumu tercih edenlerin yüzdesi, doğum öncesi 1-3 kez izlem yaptıranlarda (%81,3), dört ve üzeri izlem yaptıranlara (%41,8) göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,002). Vajinal doğumu tercih edenler arasında doğum sırasında komplikasyon gelişenlerinin yüzdesi (%56,5) doğum sırasında komplikasyon

gelişmeyenlere göre (%40,2) anlamlı olarak yüksektir ($p=0,044$). Vajinal doğumu tercih edenlerin son doğumları için planlanan ve gerçekleşen doğum şekli de vajinal doğum olarak gerçekleşmiştir (sırası ile %94,9, %98,4), ($p<0,05$). Araştırma grubunun doğurganlık özelliklerine göre doğum şekli tercihi ile evlenme yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum öncesi izlem yeri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p >0,05$), (Çizelge 4. 6).

Çizelge 4. 6. Araştırma grubunun doğurganlık özelliklerine göre doğum şekli tercihi.

Değişken*	Vajinal doğum		Sezaryen		İstatistiksel analiz	
	n	%**	n	%**	Ki-Kare	p
Evlenme yaşı						
24 ve altı	68	48,2	73	51,8	1,582	0,208
25 ve üstü	46	40,4	68	59,6		
Gebelik sayısı						
Yok	3	42,9	4	57,1	0,041	0,980
1-2	80	44,7	99	55,3		
3-4	33	43,4	43	56,6		
Doğum sayısı						
Yok	5	50,0	5	50,0	1,398	0,497
1-2	93	42,7	125	57,3		
3-4	18	52,9	16	47,1		
Son gebeliğe ilişkin bilgiler						
Planlı gebelik						
Evet	64	40,0	96	60,0	3,239	0,072
Hayır	49	51,6	46	48,4		
Doğum öncesi izlem sayısı						
1-3	13	81,3	3	18,8	9,468	0,002
4 ve üstü	99	41,8	138	58,2		
Doğum öncesi izlemlerinin yapıldığı sağlık kuruluşu						
Özel hastane	52	39,1	81	60,9	6,215	0,102
Devlet hastanesi	47	49,0	49	51,0		
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	7	38,9	11	61,1		
Aile Sağlığı Merkezi	5	83,3	1	16,7		
Doğum öncesi dönemde komplikasyon/hastalık						
Evet	17	47,2	19	52,8	0,107	0,743
Hayır	93	44,3	117	55,7		
Doğum sırasında komplikasyon						
Evet	26	56,5	20	43,5	4,054	0,044
Hayır	80	40,2	119	59,8		
Planlanan doğum şekli						
Vajinal doğum	74	94,9	4	5,1	121,20	0,000
Sezaryen	33	19,9	133	80,1		
Gerçekleşen doğum şekli						
Vajinal doğum	62	98,4	1	1,6	104,02	0,000
Sezaryen	46	24,7	140	75,3		

*Bekar kadınlar ve belirtilmeyen bilgiler Çizelgeye dahil edilmedi ** Satır yüzdesi

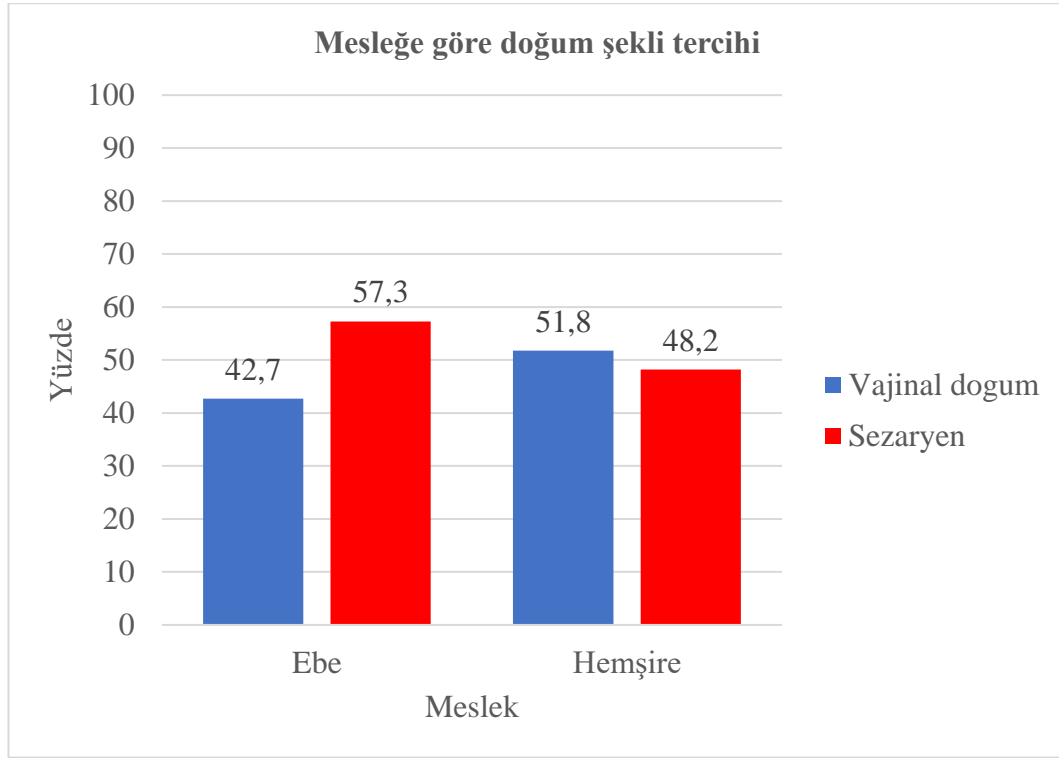
Çizelge 4.7’de araştırma grubunun tercih ettiği doğum şekline göre doğum şekillerine ilişkin görüşleri sunulmuştur. Endikasyon olmadığı durumda isteğe bağlı sezaryen uygulanabileceği düşünenlerin yüzdesi sezaryen doğum tercih edenlerde (%70,8), vajinal doğum tercih edenlere göre (%29,2) göre anlamlı yüksektir ($p<0,05$). Doğum şekli tercihi sezaryen olan ebe ve hemşireler arasında sezaryen sonrası vajinal doğum yapılamayacağını (%66,3), vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olmadığını (%64,3), vajinal doğumlarda komplikasyon riskinin daha yüksek olduğunu düşünenlerin düzeyi (%72,2), doğum şekli tercihi vajinal doğum olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$), (Çizelge 4.7).

Çizelge 4. 7. Araştırma grubunun tercih ettiği doğum şekline göre doğum şekillerine ilişkin görüşleri.

Değişken	Vajinal doğum		Sezaryen		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Endikasyon olmadığı durumda isteğe bağlı sezaryen uygulanmalı mıdır?						
Evet	26	29,2	63	70,8	14,617	0,000
Hayır	102	53,7	88	46,3		
Sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleşebilir mi?						
Evet	96	52,5	87	47,5	8,873	0,003
Hayır	32	33,7	63	66,3		
Vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemler etkili midir?						
Evet	97	52,7	87	47,3	9,430	0,009
Hayır	10	35,7	18	64,3		
Fikrim yok	21	32,3	44	67,7		
Hangi doğum şeklinde komplikasyon riski fazladır?						
Vajinal doğum	20	27,8	52	72,2	17,867	0,000
Sezaryen	129	56,3	100	43,7		

Şekil 4.2’de araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi sunulmuştur. Araştırma grubunu oluşturan ebelerin %42,7’si, hemşirelerin %51’8’i vajinal doğumu, ebelerin %57,3’ü, hemşirelerin %48,2’si sezaryen doğumu tercih ettiklerini

belirtmişlerdir (Şekil 4.2).



Şekil 4. 2. Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi.

Çizelge 4. 8’de araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekilleri ile ilgili görüşleri arasındaki ilişki sunulmuştur. Ebelerin %28,3’ünün, hemşirelerin %71,7’sinin doğum şekli tercihi sezaryendir ($p=0,172$). Ebelerin %21,4’ü hemşirelerin %78,6’sı vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkisi olmadığını ifade etmiş olup, hemşirelerin %87,7’si vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkisi hakkında fikri olmadığını bildirmiş ve aralarında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,007$). Ebelerin %23,6’sı, hemşirelerin %76,4’ü endikasyon olmadığı durumda isteğe bağlı sezaryen uygulanabileceğini belirtmiştir ($p=0,504$). Ebelerin %24,0’ü, hemşirelerin %76,0’ı sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleştirebileceğini ifade etmiştir ($p=0,244$). Ebelerin %27,8’i vajinal doğumda, hemşirelerin %76,0’ı sezaryen doğumda komplikasyon riskinin fazla olduğunu belirtmiştir ($p=0,520$).

Çizelge 4. 8. Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri.

Değişken	Ebe		Hemşire		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Doğum şekli tercihi						
Vajinal doğum	32	21,5	117	78,5	1,867	0,172
Sezaryen	43	28,3	109	71,7		
Endikasyon olmadığı durumda isteğe bağlı sezaryen uygulanmalı mıdır?						
Evet	21	23,6	68	76,4	0,447	0,504
Hayır	52	27,4	138	72,6		
Sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleşebilir mi?						
Evet	44	24,0	139	76,0	1,357	0,244
Hayır	29	30,5	66	69,5		
Vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemler etkili midir?						
Evet	59	32,1	125	67,9	10,050	0,007
Hayır	6	21,4	22	78,6		
Fikrim yok	8	12,3	57	87,7		
Hangi doğum şeklinde komplikasyon riski fazladır?						
Vajinal doğum	20	27,8	52	72,2	0,414	0,520
Sezaryen	55	24,0	174	76,0		

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunda görev yapan ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihlerinin ve doğum şekli tercihleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bu çalışmada 226 hemşire ve 75 ebe olmak üzere toplam 301 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Çalışma, günümüzdeki mevcut durumla uyumlu biçimde araştırma grubunun büyük bölümünün (%50,5) sezaryen aracılığı ile doğum yapmayı tercih ettiğini göstermektedir.

Araştırma grubunun %75,1'ini hemşireler, %24,9'unu ebeler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %40,2'si 35-44 yaş grubunda %87'si evli, %66,8'i lisans mezunu, %88'i çekirdek aile yapısına sahip, %49,8'inin aylık hane geliri 5000 liranın üzerindedir. (Çizelge 4.1). Kısa Yıldırım (2018) araştırmasında, 82 ebeğin yaş aralığının 24-50, 220 kadın hemşirenin yaş aralığının 17-56 yaş arasında değiştiğini bildirmektedir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %68,3'ünün gebelik sayısının 1 ile 2 arasında değiştiğini, %83,2'sinin doğum sayısının 1 ile 2 arasında değiştiğini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.2). Kısa-Yıldırım (2018) araştırmasında, ebelerin gebelik sayısının %36,6'sının iki, kadın hemşirelerin gebelik sayısının %32,7'sinin iki olduğunu bildirmiştir. Ebelerin %47,6'sının iki ve kadın hemşirelerin %35,9'unun iki çocukları olduğunu bildirmiştir. Dündar vd. (2005), evli ebelerde ortalama gebelik sayısını 2,1, ortalama yaşayan çocuk sayısını ise 1,8 olarak bildirmiştir. Bu veriler doğrultusunda, araştırma kapsamında ebe ve hemşirelerin gebelik ve çocuk sayıları literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Gebelik ve çocuk sayılarının ikiyi geçmemesi, ebe ve hemşirelerin bilinçli aile planlaması yöntemlerini kullanılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunun %65,1'i son doğum şeklini sezaryen olarak planlamıştır ancak %72,9'unun doğum şekli sezaryen olarak gerçekleşmiştir (Çizelge 4.2). Kısa Yıldırım

(2018), ebelerin %58,5, kadın hemşirelerin %59,2'sinin son doğum şeklinin sezaryen olduğunu bildirmektedir.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %14,1'inde doğum öncesi dönemde, %18'inde doğum sırasında komplikasyon görüldüğü saptanmıştır (Çizelge 4.2). Kısa Yıldırım (2018) çalışmasında ebelerin %25,9'unun, hemşirelerin %20,7'sinin doğum sırasında olumsuz deneyim ve komplikasyonlar yaşadıklarını bildirmektedir.

Araştırma kapsamındaki ebe ve hemşirelerin %50,5'i sezaryen doğumu, %49,5'i vajinal doğumu tercih etmektedir (Şekil 4.1). Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %65,1'inin doğum şeklinin sezaryen planlandığı ve %72,9'unun doğumunu sezaryen olarak gerçekleştirdiği saptanmıştır (Çizelge 4.2). Çalışmamızdan farklı olarak Yağmur ve Çubuk (2017) çalışmasında, gebelerin %22'sinin sezaryen doğum planladıklarını bildirmişlerdir. Duman vd. (2007) çalışmalarında, ebe ve hemşirelerin planlanan doğum şeklinin %55,2 sezaryen ve gerçekleşen doğum şeklinin %61,8 sezaryen olduğunu saptamış olup, çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalar ve çalışmamızda ebe ve hemşirelerin, ilk doğumunu sezaryen doğum yapmaları nedeni ile sonraki doğumlarında sezaryen doğum için bunu tıbbi endikasyon olarak görmeleri önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk doğumdan sonraki doğumlarda sezaryen doğumun tıbbi endikasyon olmadığı konusunda ebe ve hemşirelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %50,5'inin sezaryen doğumu tercih ettiği saptanmıştır (Çizelge 4.3). Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde ebe ve hemşireler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.8), ($p=0,172$). Duman vd. (2007) çalışmamızla uyumlu olarak, sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında, %53,1'inin sezaryen doğumu tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Karabulutlu (2012) çalışmasında, sezaryen tercih oranının %21,2 olduğunu ifade etmiştir. Kısa Yıldırım (2018) çalışmasında, ebelerin %58'inin sezaryen doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Değirmenciler (2020) çalışmasında, hemşirelerin %33'ünün, ebelerin %27,8'inin sezaryen doğumu tercih ettiğini saptamıştır. Çin'de yapılan bir çalışmada ebelerin %75,6'sı ve hemşirelerin %62,3'ünün sezaryen tercih ettiği bildirilmiştir (Ouyang ve Zhang 2012).

Çalışmamızdan farklı olarak, Bihler vd. (2019), ebelerin sezaryen doğumu tercih etmediğini bildirmişlerdir. Akyol vd. (2011) çalışmalarında sağlık personelinin doğum şekli tercihinin %61,0 sezaryen, %39,0 vajinal doğum olduğunu bildirmiştir. Araştırmada ortaya çıkan sezaryen tercih oranı bu alanda yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapmış olduğumuz araştırmada, ebe ve hemşireleri sezaryen doğum tercih etmeye yönelik karar almasında, riskli gebelik öyküsü (%34,9), önceki doğumunun sezaryen olması (%34,2), daha az ağrı/acı duyma (%13,2) olarak belirlenmiştir. Bu oranlar, artan sezaryen oranlarında kişisel tercihinde önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ebe ve hemşirelerin, sezaryen doğumu kendi isteğiyle tercih etmesinin üzerinde durulması ve daha detaylı incelenmesi gereken bir konu olduğu düşünülmektedir. Ebe ve hemşirelerin vajinal doğumu tercih etmeleri için beklentilerini içeren bir çalışma ve bu yönde yapılacak olan düzenlemeler gebe kadınların vajinal doğuma yönlendirilmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde Duman vd. (2007), sağlık personelinin %53,1'inin sezaryen doğumu tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Karabulutlu (2012) ise çalışmasında, sezaryen tercihinin oranının %21,2 olduğunu belirtmiştir. Yüksel (2015), sağlık personelinin %61,6'sının sezaryen doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir. Ergöl ve Kürtüncü (2014) çalışmalarında, sezaryen doğum oranını %79,2 olarak bildirmektedir. Bu durum sağlık personelinin sezaryen doğumu daha fazla tercih ettiğini göstermektedir. Ebe ve hemşirelerin vajinal doğum konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları ve vajinal doğum yapmaları sezaryen doğum oranlarının azaltılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %29,6'sı endikasyon olmadığı durumlarda isteğe bağlı sezaryen uygulanabileceğini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.3). Araştırmada vajinal doğumu tercih edenlerin %53,7'si endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen uygulanmamalı, sezaryen doğum yapanların %70,8'i endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen uygulanmalıdır cevabını vermiş olup, aralarındaki fark anlamlıdır (Çizelge 4.7), (p=0,000). Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde ebe ve hemşireler arasında endikasyon olmadığı durumlarda isteğe bağlı sezaryen uygulanması ile ilgili

istatistiksel anlamlı farklılık bulunamamaktadır (Çizelge 4.8), (p=0,504). Akyol vd. (2011) çalışmasında, sağlık personelinin %61,8'inin tıbbi endikasyon olmaksızın sadece anne isteği ile sezaryen doğum tercih ettiğini bildirilmiştir. Kısa Yıldırım (2018) araştırmasında, "tıbbi endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen doğum yapılmalı mıdır" sorusuna, ebelerin %63,4'ü ve kadın hemşirelerin %57,7'si hayır cevabını verdiklerini bildirmiştir. Duman (2007) araştırmasında çalışma grubunun %57,6'sı tıbbi endikasyon olmadan sezaryen doğum gerçekleştirilmemesi yönünde görüş bildirmiştir. Ebe ve hemşirelerin sezaryen doğumun komplikasyonları, hastanede kalış süresini uzatması, hastanede kalış süresinin uzamasına bağlı olarak hastane enfeksiyonlarına yakalanma oranlarının artması ve ülke ekonomisine olan mali yükü ile ilgili olarak bilgilendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma ebe ve hemşirelerin %60,8'i sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleştirebileceğini ifade etmiştir (Çizelge 4.3). Vajinal doğumu tercih edenlerin %52,5'i sezaryen doğumdan sonra vajinal doğumun gerçekleştirebileceğini, sezaryen doğumu tercih edenlerin %66,3'ü sezaryen doğumdan sonra vajinal doğumun gerçekleştiremeyeceğini ifade etmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 4.7), (p=0,003). Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde ebe ve hemşireler arasında sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleştirilmesi ile istatistiksel anlamlı farklılık bulunamamaktadır (Çizelge 4.8), (p=0,244). Gözükara vd. (2016), 87 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %72,4'ünün sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleştirebileceğini bildirmişlerdir. Yanikkerem ve Çimen (2017) çalışmalarında hemşirelerin %55,7'sinin sezaryen doğumdan sonra vajinal doğum gerçekleştirebileceğini ve kadınlara önerilmesini ifade etmişlerdir. Gözükara vd. (2016) sağlık çalışanlarının %72'sinin sezaryen sonrası vajinal doğum yapılabileceğini düşündüklerini bildirmiştir. Kısa-Yıldırım (2018) araştırmasında, ebelerin %65,9'u ve kadın hemşirelerin %38,1'i sezaryen doğum yaptıktan sonra kişinin vajinal doğum yapabileceğini bildirmiştir. Yanikkerem ve Çimen (2017) araştırmasında, hemşirelerin %32,5'nin sezaryen sonrası vajinal doğumun anne ve bebek için yararlı olmayacağını ifade ettiklerini bildirmiştir. Wells (2010), araştırmasında, hekimlerin %52'sinin gebelerine sezaryen sonrası vajinal doğumu önerdiği bildirmiştir. Doret vd. (2010) ise kadın doğum uzmanlarının tamamı önceden bir kez sezaryen olan gebeye sezaryen

sonrası vajinal doğumu önerdiği, %23,8'inin ise ikinci kez sezaryen olan gebelere sezaryen sonrası vajinal doğumu önerdiğini bildirmiştir. Araştırmamız literatürle uyumlu olup ebe ve hemşirelerin özellikle hizmet içi eğitimlerle ve mesleki eğitimlerinde sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında bilgilendirilmelerinin önem arz ettiği düşünülmektedir.

Araştırmada ebe ve hemşirelerin %61,1'i vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.3). Araştırmada vajinal doğumu tercih edenlerin %52,7'si vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olduğunu, sezaryen doğumu tercih edenlerin %64,3'ü vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olmadığını ifade edemiş olup, aralarında anlamlı ilişki vardır (Çizelge 4.7), (p=0,009). Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde ebe ve hemşireler arasında vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkisi ile ilgili istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 8), (p=0,007). Çalışmamız bulgusuna benzer şekilde Sezer ve Yılmaz (2012) çalışmasında, ebe ve hemşirelerin %97'sinin vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Kısa Yıldırım (2018), ebelerin %54,6'sı ve kadın hemşirelerin %46,8'i spontan vajinal doğum tercihinde non-farmakolojik yöntemlerin ağrının en aza indirilmesinde etkili olduğunu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir (p=0,073).

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %76,1'i sezaryen doğumda komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.3). Çalışmamıza benzer şekilde Kısa Yıldırım (2018) ebelerin %76,8'inin ve kadın hemşirelerin %79,5'inin sezaryen doğumda komplikasyon riskinin fazla olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda vajinal doğumu tercih edenlerin %56,3'ü sezaryen doğumun daha riskli olduğunu, sezaryen doğum tercih edenlerin %72,2'si sezaryen doğumun daha riskli olduğunu ifade etmiş olup, aralarında anlamlı ilişki bulunmaktadır (Çizelge 4.7), (p=0,000). Araştırma grubunun mesleğine göre doğum şekli tercihi ve doğum şekilleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde; ebe ve hemşireler arasında komplikasyon riski fazla olan doğum şekli ile ilgili istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 4.8), (p=0,520). Değirmenciler (2020) çalışmamızdan farklı olarak, sağlık personellerinin %35,3'ünün sezaryen doğumu anne ve bebek için daha az riskli olduğunu düşündüklerini

bildirmiştir. Doğum sırasında komplikasyon gelişme durumuna göre incelendiğinde, doğumları sırasında komplikasyon yaşamayanların doğumları sırasında komplikasyon yaşayanlara göre daha fazla sezaryen doğum tercih ettikleri saptanmış olup (%59,8), aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,044$), (Çizelge 4.6). Özkan vd. (2013) çalışmalarında, doğumda komplikasyon yaşamayanın sezaryen doğum tercihini arttırdığını bildirmektedir. Ebe ve hemşirelere her doğumun farklı olabileceği ve gelişen tıp teknolojileri ile değerlendirilmesi gerekliliği, her doğumun kendi özelinde değerlendirilmesi konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırma grubunda yer alan ebe ve hemşireler vajinal doğumu tercih nedenlerini; %67,8'i vajinal doğumun daha sağlıklı bir doğum şekli olduğunu düşünmeleri nedeni ile, %10,1'ianne ve bebeğin erken temasının sağlanması sebebiyle, %3,4'ü erken mobilizasyon, %2'si sezaryen doğumu riskli görmeleri, %2'si ise hekimin tercihi, %2'si gebelikte aldığı eğitim ile, %0,7'si dini inancı gereği tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 4.4). Değirmenciler (2020) çalışmasında; %94,8 vajinal doğumu sağlıklı olduğunu düşünme, %51,9 erken iyileşme ve erken taburculuk, %44,1 bebeğin daha erken emzirilebilmesi nedeni ile tercih edildiğini bildirmiştir. Köken vd. (2007)'de, sağlık personellerinin vajinal doğumu, doğal ve güvenli olduğunu düşünme ve hızlı iyileşme gibi nedenlerle tercih ettiğini bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise, sağlık personelleri daha az komplikasyon riski, erken iyileşme, bebeği erken emzirme ve daha güvenli olduğu nedenleriyle vajinal doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir (Duman, 2007). Almanya'da yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin %97,4'ü doğum sonrası iyileşmenin vajinal doğum sonrasında daha hızlı olduğunu düşündükleri için vajinal doğumu tercih ettiğini bildirmişlerdir (Bihler vd, 2019). Metin Tetik vd. (2019) Bitlis ilinde ebe ve hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada, vajinal doğumu tercih nedeni olarak erken iyileşme/eve daha çabuk dönme isteği (%37,33), daha erken emzirme (%28) ve sağlıklı olması, riskin az olması, çok çocuk isteme (%1,34) olarak saptamışlardır. Aktaş ve Gökgöz (2015) çalışmasında katılımcıların %80,0'i anne ve bebek açısından sağlıklı, doğal ve güven veren bir yöntem olduğunu düşünmeleri nedeniyle vajinal doğumu tercih ettiğini bildirmektedir. Başar ve Sağlam-Yeşildere (2018) vajinal doğum tercih nedenlerini %42 hekim önerisi, %16 çabuk iyileşme, %13 bebeğinin daha sağlıklı olacağı düşüncesiyle tercih ettiğini saptamışlardır. Höbek Akarsu ve Mucuk (2014) çalışmalarında %65,5'i daha

doğal ve sağlıklı olduğu için, %19,2'si iyileşme süresi daha kısa olduğu için, %15,3'ü ağrısız doğum sonu dönem geçirmek istediği için kadınların normal vajinal doğumu tercih ettiğini belirtmektedir. Sönmez ve Sivaslıoğlu (2019), gebelerin vajinal doğumu anne ve bebek için daha sağlıklı ve iyi olduğunu düşünmeleri, doğal sürecin bu olduğunu düşünmeleri ve erken iyileşmek için tercih ettiklerini bildirmektedir. Sayiner vd. (2009) çalışmasında kadınların normal doğumu tercih etme nedenlerini daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi, hekimin isteği, hastanede kendiliğinden gerçekleşmesi ve hızlı toparlanma isteği olarak sıralandığını bildirmektedir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumludur. Sezaryen doğum sonrası ve vajinal doğum sonrası hastanede kalış süreleri, evde kendi ihtiyaçlarını görebilme ve bebeği ile daha çok ilgilenebilme ile ilgili kıyaslama içeren çalışmaların yapılmasının sezaryen doğum tercihlerinin azalmasında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Araştırma grubunda yer alan ebe ve hemşireler sezaryen doğumu tercih nedenlerini; %34,9'u riskli gebelik öyküsü, %34,2'si önceki doğumun sezaryen olması, %13,2'si daha az ağrı hissi duyma ve %9,9'u anne ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünmesi, %0,7'si cerrahi tekniklerin gelişmesi ve %0,7'si eşinin tercihi olarak belirtmişlerdir (Çizelge 4.4). Metin Tetik vd. (2019) çalışmalarında, sezaryen doğum tercih sebebini ağrı/normal doğum korkusu (%12), bebeği riske atmamak (%28,26), doktor önerisi (%25), sağlık problemleri (%21,7), önceki doğumun zor olması (%4,34), riskin az olması ve eşinin isteği (%8,7) olarak saptamışlardır. Ünay ve Taşpınar (2018), çalışmasında sezaryen tercih nedenlerini ağrı çekmemek, bebeği riske atmamak ve doktorunun önerisi olarak sıraladıklarını bildirmektedir. Başar ve Sağlam (2018) çalışmasında sezaryen doğumu tercih sebeplerini ağrıyı daha az hissetme ve daha az risk içerecek şekilde çocuğu doğurma olarak belirtmişlerdir. Balcı-Gökdağ (2016), Bülbül vd. (2016) ve Ergöl ve Kürtüncü (2014) çalışmalarında kadınların doğum ağrısından korktukları için sezaryen doğum tercih ettiklerini bildirmektedir. İrlanda'da yapılan bir çalışmada, sağlık personeli gebelerin %2,4'ünün sezaryen tercih ettiği, sağlık personeli olmayan gebelerde ise %19,4'ünün sezaryen tercih ettiği bildirilmektedir. Loke vd. (2015) Çinli kadınlarda yaptıkları çalışmada en fazla tercih nedeninin ağrı olduğunu, ardından yeni doğana ilişkin endişeleri, anne sağlığı, ileri yaş, perineal hasardan korkma, anal /üriner inkontinans riski, cinsellik ile ilgili sorun yaşama ve ameliyata bağlı skar kalması olarak sıralandığını bildirmektedir. Sayiner ve

Özerdoğan (2009) sırasıyla %18 vajinal doğum korkusu, %19 kendi isteği, %47 hekim isteği olduğunu bildirmektedir. Önceki doğumun sezaryen olması nedeniyle sezaryen doğumu tercih eden ebe ve hemşirelerin sezaryen sonrası vajinal doğum konusunda bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Doğum ağrısı korkusu nedeniyle sezaryen doğumu tercih eden ebe ve hemşirelerin ağrıyı azaltmada nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi eksikli olduğu düşünülmektedir. Tıbbi nedenler dışında sezaryen doğumun tercih edilmesinin ayrıntılı olarak incelenmesi gereken bir konu olduğu düşünülmektedir.

Yaş grubuna göre değerlendirmede; 34 yaş ve daha küçük yaşta olanların, 34 yaş ve üzeri yaşta olanlara göre vajinal doğumu daha fazla tercih ettikleri saptanmış olup (%66,7), aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$), (Çizelge 4.5). Çalışmamızdan farklı olarak, Lataifeh vd. (2009), sağlık personellerinin yaşının doğum şekli tercihini etkilediği, yaşı büyük olan sağlık personellerin daha çok vajinal doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Değirmencier (2020), çalışmamıza benzer şekilde yaşı daha küçük olan sağlık personellerinin daha fazla vajinal doğum tercih ettiğini bildirmiştir. Ünayve Taşpınar (2017), ebe ve hemşirelerin yaşı ilerledikçe sezaryen tercihlerinin arttığını vajinal yolla doğumun azaldığını tespit etmiştir. Yaş ilerledikçe meslek hayatında vajinal doğum esnasında yaşanan ve duyulan olumsuzluklar ebe ve hemşirelerin sezaryen doğum tercih nedenlerinden biri olabilir. Ayrıca, günümüzde kadınların daha geç evlilik yapması nedeniyle vajinal doğumun daha az tercih edildiği düşünülmektedir.

Medeni duruma göre incelendiğinde; bekâr ve hiç evlenmemiş kişiler evlilere göre vajinal doğumu daha fazla tercih etmiş olup (%84,6), aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$), (Çizelge 4.5). Değirmenciler (2020) çalışmasında evlilerin %55,5'inin, bekârların %78,8'i vajinal doğumu tercih etmiş olup, medeni durum ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmiştir ($p=0,000$). Çalışmamızda da benzer şekilde, bekâr ebe ve hemşirelerin, evlilere göre daha fazla vajinal doğumu tercih etmekte olduğu saptanmıştır. Bekar olan ebe ve hemşirelerin daha kısa sürede bebek ile ilgilenebilmek, sezaryen doğuma oranla daha fazla bebek sahibi olabilme imkanının olması ve daha çabuk sosyal yaşama katılma imkanının olması sebebi ile normal vajinal doğumu tercih ettiği düşünülmektedir.

Aile tipine göre incelendiğinde tek ebeveynli ailede yaşayanların çekirdek aile ve geniş ailede yaşayanlara göre daha fazla vajinal doğum tercih ettiği saptanmış olup (%81,8), aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,043$), (Çizelge 4.5). Gözükara ve Eroğlu (2008), geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek ailede yaşayanlardan daha fazla vajinal doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir. Dinç (2018), geniş ailede yaşayanların tamamının vajinal doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Literatürde yar aldığı gibi çalışmamızda da kadınların doğum şekli tercihlerinin aile tipi arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Geniş ailelerin yapısının daha gelenekselci olmaları ve sezaryen doğuma karşı olumsuz bakmaları nedeniyle geniş ailede vajinal tercih edildiği düşünülmektedir.

Hane aylık gelirine göre yapılan incelemede aylık geliri 4000 lira ve daha az olanların aylık geliri 4000 lira ve üzerinde olanlara göre vajinal doğumu daha fazla tercih ettiği saptanmış olup, arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,003$), (Çizelge 4.5). Mutlu ve Yurtçu (2020), Karabük ilinde yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi azaldıkça, vajinal doğum tercihinin arttığını bildirmişlerdir. Oktay (2012), gelir düzeyi düşük ailelerin daha uygun maliyet nedeniyle daha fazla vajinal doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir. Karabulutlu (2012), çalışmasında gelir düzeyi ile doğum şekli tercihi arasında ilişki saptanmadığını bildirmiştir. Ünay ve Taşpınar (2018), sağlık çalışanlarının sosyo-ekonomik düzeyleri değerlendirildiğinde literatür bilgilerini desteklediğini bildirmişlerdir. Sezaryen doğum ücretlerinin daha yüksek olması sebebiyle gelir durumu düşük olanların daha fazla vajinal doğumu tercih ettiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan ebe ve hemşirelerin öğrenim düzeyi ve meslek grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (sırasıyla, $p=0,667$, $p=0,172$), (Çizelge 4.5). Çalışmamıza benzer şekilde, İstanbul'da yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Büyükbayrak vd. 2010). Koca-Çoban (2015) çalışmamızdan farklı olarak, öğrenim düzeyi yüksek olanların daha fazla sezaryen doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Sayner vd. (2009) çalışmalarında, öğrenim düzeyi lise ve üzerinde olanların %60'ının sezaryen doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Kitapçoğlu vd. (2008), kadınların eğitim seviyesi ve yaşları artıkça sezaryen oranlarının arttığını ve kadınların eğitim seviyesi ile doğum tipi arasında istatistiksel anlamlı fark bildirmiştir. Akyol vd. (2011) çalışmalarında, sağlık

profyonellerinde sezaryen tercihinindaha fazla olduğunu ve bu durumu eğitim düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Yaşar vd. (2007), eğitim düzeyi ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ebe ve hemşireler eğitimleri süresince normal ve sezaryen doğum konusunda daha fazla eğitim ve uygulamalı dersler olması gerektiği düşünülmektedir.

Planlanan doğum şekline göre incelendiğinde, vajinal doğum planlayanların sezaryen doğum planlayanlara göre daha fazla vajinal doğum tercih ettiği saptanmış olup (%94,9), aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$), (Çizelge 4.6). Ünay ve Taşpınar (2018), sağlık çalışanlarının %55,3'ünün sezaryen doğum, %44,7'sinin vajinal doğum planlamasına karşın %74,5'inin son doğumlarında sezaryen doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir. Karaca (2019) sezaryen doğum planlayanların %11,8 iken sezaryen ile doğum oranı %51,3 olup, sezaryen doğum planlama oranının düşük, sezaryen doğum gerçekleşme oranının yüksek olduğunu bildirmektedir. Gözükara (2006) çalışmasında kadınların gebeliği planlama durumları ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Mutlu ve Yurtçu (2020) çalışmalarında, gebelerin %71,5'inin vajinal doğum planladıklarını ve %61'inin vajinal doğum yaptığını bildirmiştir.

Gerçekleşen doğum şekline göre incelendiğinde, vajinal doğum tercih edenlerin sezaryen doğum tercih edenlere göre daha fazla vajinal doğum yaptığı saptanmış olup (%98,4), aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$), (Çizelge 4.6). Köken vd. (2007), çalışmalarında sağlık personellerinin %51,9'unun sezaryen doğum gerçekleştirdiğini bildirmektedir. Çin'de yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin %69,7'sinin sezaryen doğum olarak gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Ouyang ve Zhang, 2012). Bu durum planlanan doğum şeklinin gerçekleşen doğum şekline etkisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu neden gebelik sürecinin en başından itibaren anne adayının doğum şekli tercihinin belirlemede eğitim ile bilinçlenmenin etkisi olacağını düşündürmektedir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin planlanan ve gerçekleşen doğum şekillerinin bilinmesinin toplum üzerinde de etkisi olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin evlenme yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, planlı gebelik durumu, doğum öncesi izlemlerin yapıldığı sağlık kuruluşu, doğum

öncesi dönemde komplikasyon/hastalık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.6). Doğum öncesi izlemleri özel sağlık kuruluşunda yaptıran ebe ve hemşirelerin %60,9'u sezaryen doğum tercih etmiştir (Çizelge 4.6). Kısa Yıldırım (2018) araştırmasında, ebe ve hemşirelerin %52,2'sinin doğum öncesi izlemlerini özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirdiği bildirmiştir. Akyol vd. (2011) çalışmalarında sağlık personelinin gebelik takiplerini %61'nin kamu kurumlarında yaptıkları bildirilmiştir. Karabulutlu (2012) çalışmasında, devlet hastanesinde doğum yapanların %39,6'sı üniversite hastanesinde doğum yapanların %76'sı, özel hastanede doğum yapanların %68,7'sinin sezaryen tercih ettiğini bildirmektedir. Karaca (2019), doğum öncesi izlemlerini ve doğumlarını özel hastanede yapanların anlamlı düzeyde çoğunluğunun sezaryen doğum yaptığını bildirmektedir (p=0,000). Esencan vd. (2018), kadınların %53,6'sının özel hastanede doğum yaptığı ve bu doğumların sezaryen oranının devlet hastanesine göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Vatansever ve Okumuş (2013), izlemlerini sağlık ocağında yaptıran gebelerin %77,4'ünün normal doğum tercih ettiğini belirtmektedir. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 raporuna göre, devlet hastanesinde yapılan doğumların %38,7'si, özel hastanede yapılan doğumların ise %69,7'si sezaryen ile gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu çalışmada, ebe ve hemşirelerin %52,2'sinin doğum öncesi izlemlerini özel hastanede %37,6'sının devlet hastanesinde sadece %2,4'nün aile sağlığı merkezinde yaptırdığı bildirilmiştir. Söylemez (2019) araştırmasında, gebe kadınların %97'sinin düzenli doğum öncesi izlemlerini yaptırdığını ve takiplerini özel hastanede yaptıranların daha çok sezaryen doğum tercih ettiklerini bildirmiştir. Aile sağlığı merkezleri gebe kadınların doğum öncesi izlem ve takiplerinde bekleneni verememektedir. Aile sağlığı merkezlerinde özellikle ebe ve hemşireler tarafından gebelerin takip edilmesi ve gebeyi takip eden ebe ve hemşirenin doğum sırasında gebeye eşlik etmesinin sağlanması durumunda sezaryen doğum tercihinde azalma olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihi ve doğum şekli tercihi ile ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmadan elde edilen başlıca sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

1. Ebe ve hemşirelerin %49,5'i vajinal doğum, %50,5'i sezaryen doğum tercih etmektedir.
2. Ebe ve hemşirelerin %65,1'inin sezaryen doğum planlamış, ancak %72,9'unun sezaryen doğum gerçekleştirmiştir
3. Ebe ve hemşirelerin %29,6'sı endikasyon olmadığı durumlarda isteğe bağlı sezaryen uygulanabileceğini düşünmektedir
4. Ebe ve hemşirelerin %60,8'i sezaryen sonrası vajinal doğumu gerçekleştirebileceğini düşünmektedir.
5. Ebe ve hemşirelerin %61,1'i vajinal doğumda ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntemlerin etkili olduğunu bildirmektedir.
6. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %76,1'i sezaryen doğumda komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu bildirmektedir.
7. Ebe ve hemşirelerin sadece %29,6'sı sezaryenin kadınlar için bir seçim hakkı olduğunu ve %63,1'i endikasyon olmadan sezaryen uygulamasını uygun bulmadığını bildirmiştir.
8. Ebe ve hemşirelerin %67,8'i vajinal doğumun daha sağlıklı bir doğum şekli olduğunu ifade etmiştir.
9. Ebe ve hemşirelerin %34,9 riskli gebelik öyküsü, %34,2 önceki doğumu sezaryen olması nedeniyle sezaryen doğum tercih etmiştir.
10. Ebe ve hemşirelerin %67,8 daha sağlıklı bir doğum şekli olduğunu düşündükleri için, %10,1 bebeğin erken ten temasının sağlanabilmesi, %3,4 erken mobilizasyon nedeniyle vajinal doğumu tercih etmiştir.

11. 34 yaşından küçük olan ebe ve hemşirelerin daha yüksek oranda vajinal doğum tercih etmiştir.
12. Ebe ve hemşirelerin medeni durum ve çocuk sahibi olma durumunun doğum şekli tercihini etkilediği ve bekâr / hiç evlenmemiş kişiler, evlilere göre vajinal doğumu daha fazla tercih ettiğini bildirilmiştir.
13. Ebe ve hemşirelerin, mesleğinin doğum şekli tercihini etkilememektedir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir.

1. Ebe ve hemşireler mesleki eğitim sürecinde ve hizmet içi eğitimler ile doğum şekillerine ve doğum şekillerinin avantajları ve dezavantajlarına ilişkin bilgilerinin artırılması,
2. Ebe ve hemşirelerin sezaryen doğum tercih etme nedenleri ile ilgili daha kapsamlı bir araştırma yapılarak ebe ve hemşirelerin vajinal doğuma yönelik cesaretlendirilmesi,
3. Ebe ve hemşirelerin gerçekleşen doğum oranlarına bakıldığında sezaryen doğum şeklinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ebe ve hemşirelerin gebelik planlanmasından doğuma kadar geçen sürede özellikle doğum öncesi bakım hizmetinde yer alan ebe ve hemşireler tarafından danışmanlık hizmetinin verilmesinin sağlanması,
4. Ebe ve hemşirelere gebelik süresinde doğum yapacağı ortam tanıtılıp, doğuma eşlik edecek olan ebeyi tanımalarının sağlanması,
5. Araştırmanın kısıtlı gruba uygulanması sebebiyle geniş gruplara kapsamlı çalışma yapılması,
6. İlk doğumunu sezaryen ile yapan ebe ve hemşirelerin, ikinci doğumunda tıbbi endikasyon yoksa sezaryen sonrası vajinal doğuma yönlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

ACOG. "Practice Bulletin No. 154: operative vaginal delivery". *Obstet Gynecol*;126(5):e56–e65, (2015).

ACOG. (2013). "Committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request", *Obstetrics&Gynecology* 121 904-7.

Aktaş, D. ve Gökğöz, N., "Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Düşünce ve Memnuniyetlerinin Belirlenmesi", *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 65- 81 (2015).

Aktaş, N. ve Karaçam, Z., "Doğum sonrası yorgunluk, kadının özbakım gücü ve ilişkili faktörler", *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(3): 186-196 (2017).

Aktaş, S., ve Yılar Erkek, Z., "Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir Nitel Araştırma Örneği," *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, vol.7, no.1, pp.112-125, (2018).

Akyol, A., Yağcı, Ş. G., Tekirdağ, A. İ. "Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması", *JOPP Derg* 3(2):55-63 (2011).

Alptekin-Büyükkaya B., "Multipar ve Nullipar Gebeliklerde Sezaryen Endikasyonlarının Robson Sınıflaması ile Değerlendirilmesi", *S.B. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Klinik Şefi: Doç. Dr. A Gedikbaşı) (2015).

Ali, U.A. and Norwitz, E.R., "Vacuum-Assisted vaginal delivery", *Reviews in Obstetrics&Gynecology* 2(1):5-17 (2009).

Arslan, H., "*Doğum Eylemine İlişkin Sorunlar, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*" Promat Basım Yayın San. ve Tic.AŞ., Koç Üniversitesi Yayınları. (Ed Coşkun AM), İstanbul 1.baskı (2012).

Atan-Ünsal, Ş., Duran-Taşcı, E., Kavlak, O., Dönmez, S., Sevil, Ü., "Spontaneous vaginal delivery or caesarean section? What do Turkish women think?" *Int J Nurse Pract*, 19: 1-7 (2013).

Bakırcı, Y., "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1988-2009 yılları arasında gerçekleşen doğumların, sezaryen endikasyonları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi", Tıpta Uzmanlık Tezi. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*, Ankara, Türkiye. (2010).

Balcı-Gökdağ, E., "Sezaryen Doğumlarında Kullanılan Anestezi Yöntemlerinin,

Annenin ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönem Konforuna ve Uyumuna Etkileri”, *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ü Yeşiltepe Oskay), (2016).

Başar, F., ve Sağlam Yeşildere, H., “Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler”, *Journal of Current Researches of Health Sector*, 8(1), 58- 74 (2018).

Başkaya, Y. ve Sayiner, F.D., “Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları” Derleme DOI: 10.17681/hsp.335472, HSP;5(1):113-119 (2018).

Bel, D., “Gebelerin Karar Verme Stilleri Ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli Tercihleri Üzerine Etkisi” *Karabük Üniversitesi* Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Nazan KARAHAN.(2019).

Bektaş, E., “Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması”, *Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği* Uzmanlık Tezi, (2008).

Betran, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C., “Intervention stored uceun necessary caesarean sections in healthy women and babies”, *The Lancet*, 392(10155), 1358-1368 (2018).

Bihler, J., Tunn, R., Reisenauer, C., Kolenic, G.E., Pauluschke-Froehlich, J., Wagner, P., Huebner, M., “The preferred mode of delivery of medical professionals and nonmedical. Professional mothers to be and them pact of additionalin formation on their decision: an online question naire cohort study”, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 299 (2): 371-384 (2019).

Black, M., Entwistle, V.A., Bhattacharya, S., Black, K.G., “Vaginal birth after caesare an section: why is up take solow? Insightsfrom a meta-ethnographic synthesis of women’saccounts of their birth choices. *BMJ Open* 6 (2016).

Budden, A., Chen, L.J., Henry, A.,” High-dose versus low-dose oxytocinin fusion regimens for induction of labour at term”, *Cochrane data base of systematic reviews*, (10), (2014).

Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., Kayacık, F., “Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi”, *Sağlık Bilimleri Dergisi* (Journal of Health Sciences), 25 (3): 126-130 (2016).

Büyükbayrak, E.E., Kaymaz, O., Kars, B., Karşıdağ, AYK., Bektaş, E., Ünal, O., et al. “Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors”, *J Obstet Gynaecol*, 30:155–158, (2010).

Değirmenciler, B., “Sağlık personelinin doğum şekli tercihi, tercih nedenleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı*, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi Denizli, (2020).

Cambic, C.R.and Wong, C.A., “Labour Analgesia and Obstetric Outcomes”, *British Journal of Anaesthesia*. 105(1):50- 60 (2010).

Crawford, J., “My lest extformid wives”, Londra: Edited: Fraser DM, *Elsevier Limited, Cooper MA*. 15. Baskı, p.81-100 (2009).

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., *Vaginal Delivery, William’s obstetrics*, 24. baskı, Mc Graw-Hill Education Edition, 536-557 New York, (2014).

Çelebi, N., “Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hekimlerin Epizyotomi Uygulamasına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ebelik Bölümü Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Handan Güler), Sivas (2009).

Çetinkaya, Ş.E., Söylemez, F., “Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(01), 25-32 (2013).

Çoban Koca, S., “Kadınların Sezaryen Doğum Tercihi ve Etkileyen Faktörler”, *Cumhuriyet Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2015.

Demirel, G. ve Çelik, B.D., “Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*”, 22(4), 157-163, (2013).

Demirgöz Bal, M., Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N., “Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2): 139-146 (2013).

Dikmen, S., Çetin-Aslan, B., Gedikbaşı, A., Kıyak, H., Köroğlu, N., “The out comes ofxtending uterine incision transversely or cephalocaudally in patients with previous cesarean section: A prospective randomized controlled study”, *Perinatal Journal*, 25(1): 1–5 (2017).

Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S., “Gebe eğitimi”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 1(1):68-76 (2014).

Dinç, A., “Women’spreferences regarding vaginal delivery and cesarean section in Turkey (chapter 43)”, *Recent Developments in Nursingand Midwifery. Managing* Editor Figen Ozcanarslan, Neyla Lukpanovna, Behire Sancar, Aysel Özdemir. *Cambridge Scholars Publishing*, pp.536-548 ISBN (10): 1-5275-1171-5ISBN (13): 978-1-5275-1171-2 (2018).

Doğaner, G., Doğaner, A., Duran, Ö., Tuna, M., Tezcan Ş., Turan, G., “Sağlık Bilimlerinde okuyan Öğrencilerin Doğum Şekli Tercihinie Yönelik Düşüncelerin Belirlenmesi”, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernegi Dergisi*, 10(1):31-36 (2013).

Doret, M., Touzet, S., Bourdy, S., Gaucherand, P., “Vaginal birth after two previous csections: obstetricians–gynaecologists opinions and practice patterns”, *J Matern.Fetal Neonatal Med*,23(12):1487-1492 (2010).

Dönmez, S., Sevil, Ü., “Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):105-112, (2009).

Duman, Z., “Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri”, *Perinatoloji Dergisi*, 15(1): 7-11, (2007).

Durmaz, A. ve Buğdaycı, R., “Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler” *Turk J Public Health*, 11(2): 72-85 (2013).

Dündar, C., Kaynar, E., Pekşen, Y., “Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4): 243-246 (2005).

Dündar, Ö., Epizyotomi Onarımı Zamanının Postpartum Kan Belirteçlerine Etkisi”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 26(3):203-207, (2009).

Elkin, N., “Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18–49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler” *Anadolu Klin.* 21:119–28 (2016).

Ergöl, Ş. ve Kürtüncü, M., “Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26–34 (2014).

Ertem, G. ve Koçer, A., “Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum”, *Dirim Tıp Gazetesi*, 82:1-5 (2008).

Ertuğrul, V., “Gebelerde, Levobupivakain ile Epidural Doğum Analjezisinde Bolus ve Sürekli infüzyon Uygulamalarının Karşılaştırılması”, Uzmanlık Tezi, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı*, İzmir, (2009).

Esencan, T.Y., Karabulut, Ö., Yıldırım, A.D., “Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26(1) ve 31-43 (2018).

Goer, H., Romano, A., “*Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach*”, Seattle, WA: Classic Day Publishing. (2012).

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

Gözükara, F., “Primigravidaların doğum şekline yönelik tercihleri ve etkileyen faktörler”, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. K Eroğlu), (2006).

Gözükara, İ., Karapınar, O., Hakverdi, A.U., Kurt, R., Demirkıran G., “Sezaryen sonrası vajinal doğum: sağlık çalışanlarında bir anket çalışması”, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(4); 151-153 (2016).

Gözükara, F. ve Eroğlu, K., “Factors that Effectthe Choices of Primipars on theMode of Delivery”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 15(1):32–46 (2008).

Graham, I.D., Carroli, G., Davies, C., Medves, J.M., Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 32 (3):21 9-23 (2005).

Gül, N., “Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması”, *Sağlık Bakanlığı, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi*. İstanbul, Türkiye. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Necdet SÜER), (2008).

Güngör, E.S., Ertaş, E., Moröy, P., Çelen, Ş., Danışman, N., Mollamahmutoğlu, L., “Sezaryen sonrası vajinal doğum: güvenli midir?” *Perinatoloji Dergisi* 13(4):208-12 (2005).

Haral, G., "Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi", *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman Doç. Dr. Hatice Yıldız), (2018).

Halimoğlu, B.ve Yeşilçiçek Çalık, K., "Sezaryen doğum oranlarında “kıymetli bebek” etkisi" *Cukurova Med. J*;45(4):1543-1554, (2020).

Höbek-Akarsu, R., Mucuk, S., “Turkish women’sopinions about cesare an delivery”, *Pakistan journal of medical sciences*, 30(6): 1308-1313 (2014).

Karaahmet Yıldız, A. ve Yazıcı S., “Epizyotomide Güncel Durum” (Derleme) DOI: 10.17681/hsp.270072, *Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi*, Geliş Tarihi/Received: 24-05-2016/ Kabul Tarihi/Accepted: 11-12-2016 Sorumlu yazar /correspondence: Doç. Dr. Saadet Yazıcı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, (2017).

Karabel, M.P., Demirbaş, M., İnci, M.B., “Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri”, *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4): 158-163 (2017).

Karabulutlu, Ö., “Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler” *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 20(3): 210- 218 (2012).

Karaca, E., “Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Gebelerin Doğum Şekli Tercihi, Doğum Şekli ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi* Kocaeli, (2019).

Karakuş R., Anğın D., Temizkan O., Polat M., Şanverdi İ., Karakuş S., Ekinci F. “Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 192-197. (2014).

Kaymak, A., “Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihlerine İlişkin Görüşleri”, *İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: N Kızılkaya Beji), (2017).

Kısa Yıldırım, Ç.,” Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri Ve Normal Doğuma Bakış Açıkları”, **Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü** Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı (2018).

Kitapçioğlu, G. ve Yanikkerem, E., “Manisa Doğumevi’nde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı”, **Ege Tıp Dergisi** 47(2):87-92 (2008).

Koca-Çoban, S. “Kadınların Sezaryen Doğum Tercihini Etkileyen Faktörler”, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. F Koçoğlu),2015.

Köken, G., Cosar, E., Sahin, F.K., Tolga Arioz, D., Duman, Z., Aral, I., Attitudes to wards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet* **99: 233–235 (2007)**.

Kumcağız, H., Ersanlı, E., Murat, N., “The development of a self-perception of pregnant scale and its psychometric features”, **Journal of Psychiatric Nursing**. 8(1):23-31. doi:10.14744/phd.2017.12599 (2017).

Lataifeh, I., Zayed, F., Al-Kuran, O., Al-Mehaisen, L., Khriesat, W., Khader, Y., “Jordanian obstetricians’ personal preference regarding mode of delivery. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica** 88 (6): 733–736) (2009).

Loke, A.Y., Davies, L., Li, S., “Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. Loke et al. **BMC Health Services Research** 15:274 (2015).

Madden, K.L., Turnbull, D., Cyna, A.M., Adelson, P., Wilkinson, C., “Pain relief for childbirth: The preferences of pregnant women, midwives and obstetricians”, **Women and Birth** 26 (1): 33-40 (2013).

Martin, J.A., Hamilton, E.B., Ventura, S.J., Ostermann, M., Wilson, E., Mathews, T.J., Births: Final data for 2010. **CDC National Vital Statistics Reports** 61:1-72 (2012).

Metin Tetik, H., Akyiğit, E., Güzel, A., Yiğit, F., “Hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihlerinin incelenmesi; Bitlis örneği”, **Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi** 2020; 6(2);87-100 (2019).

Miller, A.C., and Shriver, T.E., “Women’s child birth preferences and practices in the United States. **Soc.Sci.Med** 75 (4): 709-716 (2012).

Moini, A., Riazi, K., Ebrahimi, A., Ostovan, N., “Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003”, **EMHJ**, 13(2) (2007).

Molina, G., Weiser, T.G., Lipsitz, S.R., Esquivel, M.M., Uribeleitz, T., Azad, T., “Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality”. **JAMA**, 314:2263-2270 (2015).

Mutlu, S. ve Yurtcu E., “Karabük İlindeki; Gebelerin, Gebe Yakınlarının, Sosyal Çevrelerinin ve Sosyo-Ekonomik Şartlarının Doğum Şekline Etkileri”, *Konuralp Tıp Dergisi* 12(2): 296-300 (2020).

Nikpoor P., Bain E., “Analgesia for forceps delivery”, *Cochrane Database Systematic Review*, 9, CD008878, (2013)

Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., “Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth* 18(1), 28 , (2018).

O’Mahony, F., Hofmeyr, G.J., Menon, V., “Choice of instruments for assisted vaginal delivery”, *Cochrane Database Systematic Review* CD005455 10 (11) (2010).

Oktay, S., “Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler”, Yüksek Lisans Tezi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye (2012).

Ouyang, Y.Q., and Zhang Q., “A study on personal mode of delivery among Chinese obstetrician-gynecologists, midwives and nurses”, *Archives of Gynecology and Obstetrics* 287 (1): 37-41 (2012).

Özceylan, G. ve Toprak, D., “Gebe okullarının doğum şekilleri üzerine etkisi”, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (KOU Sağ. Bil. Derg.), 6(2):145-149 (2020).

Özkan, S., Sakal F.N., Avcı, E., Civil, E.F., Tunca, M.Z., “Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler”, *Turkish Journal of PublicHealth* 11(2):59-71 (2013).

Özkar, F., “Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan normal doğum ve sezaryen ile doğum yapan kadınların, erken postpartum dönemde bir sonraki gebelik ve doğum hakkındaki duygu ve düşünceleri”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi*, Yüksek Lisans Tezi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye. (2011).

Öztürk, N. ve Aydın, N., “Anne ruh sağlığının önemi”, *Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*”, 2:29-36 (2017).

Ravlı, E., “Kadınların sezaryen ve normal doğum yapma nedenlerinin belirlenmesi” *Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, s. 35-48, Mersin (2010).

RCOG. “Royal College of Obstetricians and Gynaecologists”, Operative vaginal delivery. *Green-top guideline*. No: 26:1-19, (2011).

Rondung, E., Thomten, J., Sundin, Ö., “Psychological Perspectives on Fear of Childbirth”. *Journal of Anxiety Disorders*, 44 ve 80-91 (2016).

Sahlin, M., Carlander-Klint, A.K., Hildingsson, I., Wiklund, I., “First-time mothers’ wish for a planned caesarean section: Deeply rooted emotions”, *Midwifery* 29;447–

452 (2013).

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., ... & Taylor, P. "Shortterm and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357 (2018).

Sayiner, F.D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A., "Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler", *Perinatoloji Dergisi*. 17:104-112 (2009).

Sayiner, D. ve Demirci, N., "Vaginal doğumlarda perine masajının etkisi" *1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı* İstanbul. 20-22 Haziran: 70-71 (2007).

Sayiner, F.D., Özerdoğan, N., Giray, S., "Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler" *Perinatoloji Dergisi*. 17(3):104-112 (2009).

Serçekuş, P. ve Yenal, K., "Doğuma Hazırlık Sınıflarının Türkiye'deki Gelişimi", *Türkiye Klinikleri J Obstet. Womens Health Dis. Nurs-Special Topics*. 1(1):33-5 (2015).

Serçekuş, P. ve İşbir, G.G. "Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi", *TAF Preventi ve Medicine Bulletin* 11(1): 7-102 (2012).

Sezer-Yılmaz, N., "Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönteminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumları", *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. G Koç). (2012).

Sharma, P.P., Giri, D.K., Bera, S.N., "Planned versus emergency cesarean delivery with previous cesarean section: A prospective observational study". *Int J Reprod. Contracept Obstet. Gynecol*, 7(10):4223-4228. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20184156> (2018).

Sıkar, D., Yaşar, L., Battaloğlu İnanç, B., Yaşar, N., "Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi", *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 17(1):3-7 (2013).

Sönmez, C.I. ve Sivaslıoğlu, A.A., "Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi ve Bunları Etkileyen Faktörler" *Konuralp Tıp Dergisi* 11(3): 369-376 (2019).

Söylemez, S., "Sağlık İnanç Modeli ile Kadınların Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Çanakkale (2019).

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

Suwannachat, B., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., "Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery", *Cochrane Database Systematic Review*. 15(8):CD006636 (2012).

Şahin, N.H., “Seksio- Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(3): 93-98 (2009).

Tanaçan, A. ve Beksaç, MS., “Üçüncü basamak bir merkezdeki operatif vajinal doğum sıklığının dekatlar arasındaki değişiminin retrospektif olarak incelenmesi”, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82(3): 139-43. (2019).

Taşkın, L. “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği”, Ankara, *Güneş Tıp Kitabevleri*, (2014)

Ten Hoop-Bender, P., Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., “Improvement of maternal and newborn health through midwifery”. *The Lancet*, 384: 1226-1235 (2014).

Todman, D. A. “History of caesarean section: From ancient World to the modern era”, *Obstet and Gynecol*, 47: 357-361 (2007).

Türe, G., “Normal spontan vajinal doğum sırasında forseps ve vakum kullanılan hastalarda maternal ve fetal morbidite sonuçlarının değerlendirilmesi”, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi İstanbul* (2017).

Türkler, C., “Gün aşımı olan, nullipar gebelerde prostaglandin e2'nin doğum indüksiyonu üzerine etkisi”, *Bozok Tıp Dergisi*, 9(1), 71-75 (2019).

Ünay, V., Dr. Taşpınar A., “Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, cilt volume 27 , sayı 3, 190-196 (2018).

Üst, Z.D., Pasinlioğlu. T., Özkan, H., “Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16:1105 (2013).

Vatansever, Z. ve Okumuş, H., “Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*;6:81–7 (2013).

Wells, C.E., “Vaginal birth after cesarean delivery: views from the private practitioner”, *Semin Perinatol*, 34(5):345-350 (2010).

WHO. “Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group”, Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood. Geneva (1996).

WHO. “The World health statistics”, Geneva, Switzerland. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf Erişim tarihi: 21.01.2021, (2014).

Yağmur, Y., Çubuk, M.M., “Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi”, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(1):7-11 (2017).

Yanikkerem, E., Çimen, E., “Hemşirelerin doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası

vajinal doğuma bakış açıları”, *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 4(1): 533-541 (2017).

Yaşar, Ö., Şahin, F.K., Coşar, E., Köken, N.G., Cevrioğlu, A.S., “Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler”, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi* 17(6):414-420 (2007).

Yüksel Yakut, E., “Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri. *Adnan Menderes Üniversitesi*”, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (2015).

EK VE AÇIKLAMALAR

Ek 1. Etik Kurul İzni



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 77192459-050.99-E.13630
Konu : 4/3 Nolu Karar

28/03/2019

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Sibel MUTLU

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "Ebe ve Hemşirelerin Doğum Şekli ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmanız incelenmiş olup etik olarak uygun olduğuna kurulumuz üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Dr. Öğr.Üyesi Zafer LİMAN
Kurul Başkanı

28/03/2019 Bilgisayar İşletmeni

İrfan SENCAR

Adres: Karabük Üniversitesi Düzce Çelik Kampüsü Merkez/Karabük
Telefon: (370) 418 7180 Faks: (370) 418 7161
e-Posta: gjc@kbu.edu.tr Elektronik Adres: gjc@kbu.edu.tr

Bilgi İşleri İrfan SENCAR
Uzman Bilgisayar İşletmeni

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

Ek2. Kurum İzni

MÜLKEİ ARAŞTIRMA İZİNE FORMU

No	
Başvuru Tarihi	28.03.2023
Başvuru Tarihi	07.03.23
<input type="checkbox"/> Genel Kurul	İşbirliği <input checked="" type="checkbox"/> İşbirliği <input type="checkbox"/>
İzine Başlı İnceleme	
İzine Tarihi	07.2023
Adı Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi ERGÜN
Birimi/Üniversite	Kuruluş Üyesi
Adres	Evliya Çelebi
Ünvan	Doç.
Çalışma No	022.138.0.14
E-Posta	ergun@kocaeli.edu.tr
Araştırma İçeriği	Kuruluş Üyesi İnceleme ve Araştırma Yürütme Kurulu Kararı ile Temin Edilen İşbirliği İnceleme İçerikler
İnceleme/Değerlendirme	Kuruluş Üyesi
Değerlendirme Tarihi	
Çalışma İçeriği/İnceleme	Kuruluş Üyesi İnceleme ve Araştırma Kurulu
Yürütme	Evliya Çelebi
Araştırma İçeriği	Kuruluş Üyesi İnceleme
Yürütme İçeriği/İnceleme	Evliya Çelebi
Yürütme İçeriği/İnceleme	
Yürütme İçeriği/İnceleme	
İzine Kararı/Başvuru Tarihi	Evliya Çelebi Kuruluş Üyesi İnceleme (07.03.2023)

Prof. Dr. Cahit ÖZALP

Prof. Dr. Behçet Kemal SAYGI

Prof. Dr. Muhammed Nuri YILGIN

Dr. Öğr. Üyesi Merve AKI

Prof. Dr. Şerif Ali ERDOĞAN

Ek 3. Anket Soru Değişikliği İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.04.2021 - E.23539



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-23539
Konu : Anket Soruları Değişikliği

06.04.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Engin YURTÇU

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Ebe ve Hemşirelerin Doğum Şekli ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesine göre incelenmiş olup anket sorularının değiştirilmesinin etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

Ek.4. Araştırmada Kullanılan Soru Formu

EBE VE HEMŞİRELERİN DOĞUM ŞEKLİ VE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ! Sayın Katılımcı Sizi Karabük ve Araştırma Hastanesi'nde yürütölen ‘‘EBE ve HEMŞİRELERİN DOĞUM ŞEKLİ ve TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER’’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Vereceğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak olup, sadece bahsedilen çalışma kapsamında kullanılacaktır. Kimliğinizi belirten herhangi bir soru yer almamaktadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz.

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

1. Yaşınızı belirtirmisiniz (Lütfen tamamlamış olduğunuz yaşı düşünerek yanıtlayınız)

18'den küçük

18-24

25-34

35-44

45-54

2. Medeni durumunuz nedir?

Evli

Bekar

3. Eğitim durumunuz

Lise

Önlisans

Üniversite

Yüksek lisans

4. Aile tipiniz nedir?

- Geniş Aile
- Çekirdek Aile
- Tek Ebeveynli Aile

5. Mesleğiniz nedir?

- Hemşire
- Ebe

6. Evli iseniz eşinizin mesleği nedir?

- Doktor
- Öğretmen
- Avukat
- Sağlık çalışanı
- Serbest meslek
- Diğer

7. Evlenme yaşıınız nedir?

.....

8. Aylık gelir miktarınız nedir?

- 4000 liradan az
- 4000-5000 lira
- 5000 liradan fazla

9. Kaç kez gebe kaldınız?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ve daha fazla

10. Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?

Evet

Hayır

11. Doğuma hazırlık eğitimi aldıysanız yapılan eğitimden sonra doğum şeklinizle ilgili tercihinizde etkili oldu mu?

Evet

Hayır

12. Son gebeliğiniz planlı mıydı?

Evet

Hayır

13. Kaç kez doğum yaptınız?

1

2

3

4

5 ve daha fazla

14. Son gebelik takiplerinizi nerede yaptırdınız?

Aile hekimi\ ASM

Devlet hastanesi

Özel hastane\ özel klinik

Tıp Fakültesi Hastanesi

15. Son gebeliğinizde kaç kez izlem yaptırdınız?

1

2

3

4 ve daha fazla

16. Doğum şekline karar verirken kimlerden\ nerelerden bilgi aldınız?

- Ebe
- Hemşire
- Doktor
- Akrabalar
- Kitap\Dergi
- Televizyon
- İnternet

17. Tercih ettiğiniz doğum şekli nedir?

- Normal Doğum
- Sezeryan Doğum

18. Normal Doğumu tercih ettiyseniz nedeniniz?

- Sağlıklı doğum olduğunu düşünme
- Erken mobilizasyon
- Anne ve bebek arasındaki uyumun hızlanması
- Ebelere güven duyma
- Dini inançlar
- Sezeryanı riskli bulma
- Gebelikte eğitim alma
- Doktorun normal doğum tercihi

19. Sezeryan Doğumu tercih etti iseniz nedeniniz?

- Cerrahi tekniklerin gelişmesi
- Vajinal yapının bozulacağı korkusu
- Normal Doğumda cinsel istek hazzının azalacağı korkusu
- Riskli gebelik
- Eşinin sezeryan tercih etmesi
- Önceki doğumun sezeryan olması
- Acı issi duymama
- Anne-bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme

20. En son gebeliğinizde planlanan doğum şekliniz neydi?

- Normal Doğum
- Sezeryan Doğum

21. En son gerçekleştirdiğiniz doğum şekli neydi?

- Normal Doğum
- Sezeryan Doğum

22. En son gerçekleşen doğum şeklinden memnun musunuz?

- Evet
- Hayır
- Doğum yapmadım

23. Sizce endikasyon olmaksızın isteğe göre sezeryan yapılmalı mı?

- Evet
- Hayır

24. Sizce sezeryan doğum yaptıktan sonra kişi normal doğum yapabilir mi?

- Evet
- Hayır

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

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

26. Son doğumunuzda komplikasyon gelişti mi?

- Evet
- Hayır

27. Son doğumunuzda komplikasyon geliştiyse gelişen komplikasyon nedir?

- Maternal (anne ile ilgili) komplikasyon
- Fetal (bebek ile ilgili) komplikasyon

28. Sizce hangi doğum şeklinde komplikasyon fazladır?

- Normal Doğum
- Sezeryan Doğum

29. Yaşadığınız komplikasyon bir sonraki gebelikte doğum tercihinizi etkiler mi?

- Evet
- Hayır

30. Yaşadığınız gebeliklerde sistemik bir hastalık geçirdiniz mi?

- Evet
- Hayır

31. Gebelikte sistemik bir hastalık geçirdiyse geçirdiğiniz sistemik hastalık nedir?

- Gebelikte HT
- Preklemisi
- Böbrek hastalıkları
- Troid hastalıkları
- Kalp hastalıkları
- Gebelikte Gestasyonel Diyabetüs Mellitüs

32. Kadınlara bir doğum şekli önerecek olsanız hangi doğum şeklini önerirsiniz?

- Normal Doğum
- Sezeryan Doğum

ÖZGEÇMİŞ

Dilek TÜRKMEN KURTOĞLU, ilk, orta ve lise eğitimini Karabük'te tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Ebelik Önlisans Programı'nı ardından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Yüksek Okulunu bitirdi. 1997'de "Karabük Özel Vatan Hastanesi"nde göreve başladı. SSK Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi, Karabük SSK Hastanesi, Şirinevler Devlet Hastanesi, Karabük Doğumevinde görev yaptı. Halen Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi sorumlu hemşiresi olarak görev yapmaktadır.