

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADIN DOĞUM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEKİM, HEMŞİRE VE EBELERİN DOĞUM ŞEKLİ
TERCİHLERİ, TERCİHLERİN NEDENLERİ VE BU
TERCİHLERİN NEDENLERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

BÜŞRA ŞEVVAL KORKMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2023

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADIN DOĞUM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEKİM, HEMŞİRE VE EBELERİN DOĞUM ŞEKLİ
TERCİHLERİ, TERCİHLERİN NEDENLERİ VE BU
TERCİHLERİN NEDENLERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

BÜŞRA ŞEVVAL KORKMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. LALE TAŞKIN

ANKARA –2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi, ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında hazırlamamı sağlayan değerli hocam Sayın Prof.Dr. Lale TAŞKIN’a,

Eğitim süreçlerim boyunca desteğini ve kıymetli tecrübelerini paylaşan Başkent Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı Başkanı kıymetli hocam Sayın Prof.Dr. Azize KARAHAN’a,

Tez çalışmamı yürütülmesine destek veren aynı zamanda görev aldığım Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Başkent Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne,

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Doğum Hastanesin de çalışmama katılan sevgili tüm sağlık profesyonellerine,

Hayatım boyunca maddi ve manevi tüm desteklerini hissettiğim, her kararımı destekleyen başta biricik annem Sevgi KORKMAZ’a, çok sevgili tüm aile üyelerime

Süreç boyunca desteğini gördüğüm yol arkadaşım Ömer DEDEÇAM’a

Sonsuz teşekkürlerimle...

ÖZET

KORKMAZ, Büşra Şevval. “Doğum Sonu Kliniklerinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekli Tercihi, Tercih Nedenleri ve Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı,2023.

Gebelik ve doğum, bir kadının hayatını etkileyen önemli durumlardan biridir. Kadınlar gebelik boyunca biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yaşar. Doğum; doğal, fizyolojik bir olay olsa da kadınların yaşantısında önemli bir stres kaynağıdır. Normal doğum, hiçbir dış müdahalenin gerçekleştirilmediği, kadının içgüdülerinin yönlendirdiği, aktif olarak yer aldığı bir olaydır (2). Sezaryen doğum, abdominal insizyon ve daha sonra uterus duvarındaki insizyon ile fetusun doğumu olarak tanımlanmaktadır (97). Dünya genelinde ve ülkemizde görülen yüksek sezaryen oranları evrensel bir sorun haline gelmiştir. Yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik yapılması gerekenlere ve bu alandaki literatüre katkı sağlayacağının düşünülmesi amacıyla yapılan çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan, kadın doğum kliniklerinde görevli sağlık personelinin hekim, hemşire ve ebeler oluşturmuştur. Örneklem yöntemi gidilmemiş, katılmaya gönüllü tüm sağlık personeli (125 kişi) çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenlerini Sorgulama Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics) 27 paket program kullanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının $27,42 \pm 5,19$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir ve %45,6’sı 25-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin mesleklere göre vajinal doğumu tercih etme oranları hekimlerde %16,2 hemşirelerde %52,7 ve ebelerde %31,1’ dir. Sezaryeni tercih etme oranları hekimlerde %47,1 hemşirelerde %39,2 ve ebelerde %13,7 şeklindedir. Hekimlerin ağırlıklı olarak sezaryen tercih ettiği, hemşire ve ebelerin ise ağırlıklı olarak vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir. ($\chi^2=14,925$; $p<0,001$). Vajinal doğumu tercih edenler % 57,6 oranında daha az komplikasyon olması nedeniyle, sezaryeni tercih edenler ise % 80,8 oranında vajinal doğumun uzun vadede olumsuz etkileri olması sebebiyle tercih edildiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılanlardan tercih ettiği doğum şekli vajinal doğum olan %97,3'ünün danışanlara vajinal doğum önerdiği, tercih ettiği doğum şekli sezaryen olan %58,8'inin ise danışanlara sezaryen önerdiği belirlenmiştir.

Hekimlerin ve hemşirelerin ağırlıklı olarak tıbbi gerekçe olmadan sezaryeni hak olarak gördüğü, ebelerin ise ağırlıklı olarak tıbbi gerekçe olmadan sezaryeni hak görmediği belirlenmiştir. Danışanlara önerilecek doğum şekli ile katılımcıların kendisinin tercih edeceği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=49,926$; $p<0,001$). Danışanlara vajinal doğum önerenlerin %97,3'nün tercih ettiği doğum şeklinin vajinal doğum olduğu, danışanlara sezaryen önerenlerin %58,8'i tercih ettiği doğum şeklinin sezaryen olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak çalışmada hekimlerin ağırlıklı olarak sezaryeni, ebe ve hemşirelerin ağırlıklı olarak vajinal doğumu tercih ettikleri bulunmuştur. Kendi tercihlerinde sezaryeni tercih eden tüm sağlık personelinin özellikle hekimlerin, gebelerin de sezaryenle doğum yapmalarına olumlu bakacakları ve sezaryen doğum oranlarının bu nedenle azaltılamayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle anne-baba adayı olan sağlık personelinin de özellikle hekimlerin, doğuma hazırlık eğitimlerine katılmaları için teşvik edilmesi, vajinal doğuma olumlu bakmalarını sağlamak yönünden önerilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Şekli Tercihi, Vajinal Doğum, Sezaryen, Hekim, Hemşire, Ebe

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Proje no: KA22/306) tarafından uygun bulunarak onaylanmıştır.

ABSTRACT

KORKMAZ, Büşra Şevval. “Investigation of Preferences, Justifications for Preference, and Influences on Preferences of Physicians, Nurses, and Midwives Working in Postpartum Clinics”, Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Master's Program with Thesis, 2023.

Pregnancy and childbirth are one of the important situations that affect a woman's life. Women experience biological, physiological and psychosocial changes throughout pregnancy. Birth; Although it is a natural and physiological event, it is an important source of stress in women's lives. Normal birth is an event in which no external intervention is performed, directed by the instincts of the woman and actively involved (2). Cesarean section is defined as the delivery of the fetus by abdominal incision and then incision in the uterine wall (97). High cesarean rates seen in the world and in our country have become a universal problem. The study, which was carried out with the aim of contributing to the literature in this field and what needs to be done to reduce high cesarean rates, is a descriptive study. The population of the research consisted of physicians, nurses and midwives from the health personnel working in the obstetrics clinics of Başkent University Ankara Hospital and Etlik Zübeyde Hanım Gynecology Training and Research Hospital. No sampling method was used, and all health personnel (125 people) who volunteered to participate were included in the study. The data of the study were collected using the Introductory Information Form and the Inquiry Form of Birth Preferences and Reasons, which were created by the researcher by scanning the literature. SPSS (IBM SPSS Statistics) 27 packages were used to analyze the data. Frequency tables and descriptive statistics were used to interpret the findings. “Pearson- χ^2 ” crosstabs were used to examine the relationships between two qualitative variables. It was determined that the mean age of the participants in the study was 27.42 ± 5.19 (years) and 45,6% of them were in the 25-29 age group. The rate of preference for vaginal birth by physicians, nurses and midwives working in obstetrics clinics is 16,2% for physicians, 52,7% for nurses and 31,1% for midwives. Preference rates for cesarean section are 47,1% for physicians, 39,2% for nurses and 13,7% for midwives. It was determined that physicians mostly preferred cesarean section, while nurses and midwives mostly preferred vaginal delivery ($\chi^2=14.925$; $p<0.001$). It was determined that those who preferred vaginal delivery were preferred because of 57,6% less complications, and 80,8% of those who preferred cesarean section were preferred because of the long-term negative effects of vaginal delivery.

It was determined that 97,3% of the participants in the study, whose preferred delivery method was vaginal delivery, recommended vaginal delivery to the clients, and 58.8%, whose preferred delivery method was cesarean section, recommended cesarean section to the clients. It has been determined that physicians and nurses mainly consider cesarean section without medical justification as a right, while midwives do not consider cesarean section entitled without medical justification. A statistically significant relationship was found between the mode of delivery that would be recommended to the counselees and the mode of delivery that the participants would prefer ($\chi^2=49.926$; $p<0.001$). It was determined that 97.3% of those who recommended vaginal delivery to the clients preferred vaginal delivery, and 58.8% of those who recommended cesarean section to the clients preferred cesarean section. As a result, it was found that physicians mostly preferred cesarean section, midwives and nurses mostly preferred vaginal delivery. It is thought that all health personnel, especially physicians, who prefer cesarean section in their own preferences, will positively view pregnant women to have a cesarean section and therefore the cesarean delivery rates cannot be reduced. For this reason, it is recommended to encourage health personnel who are prospective parents, especially physicians, to participate in childbirth preparation training, in order to ensure that they have a positive view of vaginal birth.

Keywords: Preference of mode of delivery, Vaginal Birth, Cesarean section, Physician, Nurse, Midwife

This research was approved by Başkent University Faculty of Medicine and Health Sciences Research Board and Clinical Research Ethics Committee (Project no: KA22/306).

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı	3
1.2.Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğumun Tanımı	4
2.1.1. Doğum eylemi.....	4
2.2. Doğum Şekilleri	4
2.2.1. Vajinal doğum	4
2.2.1.1. Müdahalesiz (doğal) vajinal doğum	5
2.2.1.2. Bölgesel analjeziile vajinal doğum	5
2.2.1.3. Suda vajinal doğum	6
2.2.1.4. Sezaryen sonrası vajinal doğum	6
2.2.2.Sezaryen	7
2.2.2.1.Sezaryen sıklığı	7
2.2.2.2. Sezaryen endikasyonları	8
2.2.2.3. Sezaryenin anne ve yenidoğan için riskleri	10
2.2.2.4. Sezaryenin tıp etiği çerçevesinde incelenmesi	10
2.3.Anne Talebine Göre Sezaryen Tercihi İle İlgili Görüşler	12

2.4. Doğum Şekli Tercih Etkileyen Faktörler	13
2.4.1. Gebelerin doğum tercihlerini yönlendirme hekim, hemşire ve ebelerin etkisi	15
2.4.1.1. Gebelerin doğum tercihlerini yönlendirmede hemşire rolleri	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1.Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	18
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	18
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
3.7. Veri Toplama Araçları	18
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	19
3.7.2. Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri Sorgulama Formu	19
3.8. Verilerin Toplanması	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR	20
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
4.2. Katılımcıların Kendisi/ Eşi İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenlerine Yönelik Bulgular	22
4.3.Katılımcıların Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.4. Katılımcıların Kendileri/ Eşleri İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenlerinin Mesleklere İlişkin Bulgular	25
4.5. Katılımcıların Danışanları İçin Önerceği Doğum Şekli ve Nedenlerine Yönelik Bulgular	27
4.6. Katılımcıların Danışanlara Önerceği Doğum Şekli İle Tercih Edilen Doğum Şekline İlişkin Bulgular	28

4.7.Katılımcıların Sezaryene İlişkin Düşüncelerine Yönelik Bulgular	29
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
6.1. Sonuçlar	35
6.2.Öneriler	36
KAYNAKLAR	38

EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek 2: Doğum Şekli Tercihleri Ve Nedenlerini Sorgulama Formu

Ek 3: Proje Onayı Ve Etik Kurul

Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 5: Araştırma İzni

Ek 6: Özgeçmiş

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Katılımcıların kendisi/ eşi için tercih ettikleri/edecekleri doğum şekli ve nedenlerinin dağılımı.....	22
Tablo 4.3. Katılımcıların tercih ettikleri doğum şekli ile doğum şeklinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	23
Tablo 4.4. Katılımcıların kendileri/eşleri için tercih ettikleri doğum şekli ve nedenlerinin mesleklere göre dağılımı.....	24
Tablo 4.5. Katılımcıların danışanlar için önerdikleri doğum şekli ve nedenlerin incelenmesi.....	26
Tablo 4.6. Katılımcıların danışanlara önereceği doğum şekli ile tercih edilen doğum şekli tercihi arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	27
Tablo 4.7. Katılımcıların Sezaryen Doğuma İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı.....	29

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
C/S	Cesarean Sectio
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
NICE	National Institute of Health and Clinical Excellence
VD	Vajinal Doğum
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
SSVD	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları



1.GİRİŞ

Ülkemizde giderek artan sezaryen doğum oranını anlamak ve bu konuda başarılı müdahaleler oluşturabilmek için kadınların doğum şekli tercihlerine etki eden faktörleri bilmek önemlidir. Bu bağlamda kadınların gebelik öncesi ve sırasında en çok iletişim halinde bulunduğu sağlık personelinin kadınların doğum şekline yönelik düşüncelerinden etkileneceği için önemlidir. Her ne kadar sağlık personelinin doğum şekline yönelik düşüncelerinin etkileyebileceğine yönelik istenilen düzeyde araştırma olmasa da ve sezaryen nedenleri arasında bu durum sayılmasa da gebe kadınların doğum tercihinin etkileme konusunda önemli bir faktör olduğu kabul edilebilir.

Gebelik ve bir çocuğun doğumu, birçok kadın ve eşlerin hayatını etkileyen önemli bir yaşam olgusudur. Kadınlar gebelik süreci boyunca biyolojik, fizyolojik ve psikososyal pek çok değişiklik yaşar. Doğum şekli kararı birey için endişe oluşturan önemli bir karardır (1). Vajinal doğum, kadının içgüdülerini kullanarak yönlendirdiği, aktif olarak yer aldığı fizyolojik bir olaydır (2). Sağlık Bakanlığı vajinal doğumu; “doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin silinme ve açılması ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla atılmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (3). Sezaryen ise, bebeğin annenin karın duvarı ve rahmine yapılan kesi ile karından doğurtulması olarak tanımlanmıştır (4).

Sezaryen, gebelik ya da doğum sırasında herhangi olumsuz bir durum gelişmesi halinde anne ve bebeğin hayatını kurtaran ve dünyada sık gerçekleştirilen cerrahi girişimlerden bir tanesidir.

Sezaryenin yüksek riskli gebeliklerde yadsınamaz faydaları vardır, ancak çok sık tercih edilmesi hem anneler hem de bebekler için fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlık üzerinde olumsuz sonuçlara ve sağlık sistemi için yüklü bir maliyete sahiptir (5). Sezaryen mortalitesi yüksek bir prosedür iken, 19. yüzyıldan itibaren, asepti, anestezi, cerrahi teknikler ve güvenli kan transfüzyonundaki ilerlemeler neticesinde daha güvenli bir cerrahi yöntem haline gelmiştir (6,7).

Sezaryenle doğumu; tıbbi tedavi gerektiren bir hastalık olarak, patolojik bir durum haline getiren modern kültürlerde giderek normalleşmektedir (8). Günümüzde vajinal doğum tercih ettiğini ifade eden kadınlar bile, doğumu; doğal, patolojik olmayan bir süreç yerine, özel tıbbi uzmanlık ve müdahale gerektiren tıbbi bir süreç olarak görmektedir (9).

Sezaryenin gerekmediği durumlarda anne ve bebek için faydasını gösteren hiçbir kanıt bulunmamaktadır. Aksine herhangi bir ameliyatta olduğu gibi sezaryen de kısa ve uzun vadede riskleri mevcuttur; annede anesteziye maruz kalmanın getirdiği yan etkiler, doğum sonrası kanamanın daha fazla olması, taburculuğun uzaması, iyileşmenin gecikmesi gibi riskler

oluşturmaktadır. Tüm bu riskler doğum sonrasında da anne ve bebeğin sağlığını ve gelecek gebelikler de oluşabilecek durumları da etkilemektedir (10).

Tıbbi gereklilikler halinde yapılan sezaryenler anne ve yenidoğan mortalite ve morbidite oranlarını etkili bir şekilde önlerken, tıbbi gerekçe olmadan uygulandığı takdirde ise tıbbi ve etik bazı tartışmalara sebep olmaktadır (11). Bu tartışmaların yanı sıra yüksek sezaryen oranları, önemli sağlık bakımı maliyeti de getirmektedir. Bu bağlamda hem sezaryenin ortaya çıkardığı riskler hem de maliyetlerin yüksek olması göz önüne alındığında sezaryen oranlarında yaşanan sürekli artış, temel bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (12).

Sezaryen oranlarındaki artış evrensel bir sorun olarak karşımıza çıkmakla birlikte; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, ülkemizde tüm doğumlar içinde sezaryen oranı 2003 yılında %21, 2008’de %37, 2018’de %52’dir. Türkiye’de 1993’de doğumların %60’ı hastanede gerçekleşir iken 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. Doğumların %83’ü doktor, %8’i ebe tarafından gerçekleştirilmiştir (15). Sezaryen hızındaki artışa katkısının fazla olduğu düşünülen tıbbi olmayan endikasyonlar, birçok faktörden kaynaklanabilir. Bu faktörlerin belli başlıları; hastalar, hasta yakınları, sağlık hizmet sunucuları, sağlık kuruluşları ve sağlık sisteminin kendisi olarak karşımıza çıkmaktadır (13,14).

Sağlık hizmeti sunanlar şeklinde belirtilen durum ülkemiz açısından incelendiğinde; Ünay ve Taşpınar (2018)’ın yaptığı bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %55,3’ünün sezaryen, %44,7’sinin vajinal doğum planlamalarına rağmen %74,5’inin son doğumlarında sezaryen oldukları saptanmıştır (16). Duman ve arkadaşlarının(2007) çalışmasında ise sağlık personelinin %53,1’inin sezaryeni tercih ettiği bulunmuştur (17).

Literatürde sezaryen hızının artmasına katkısının fazla olduğu düşünülen sağlık hizmeti sunanlar üzerinde yapılmış çalışmalar olmakla birlikte doğrudan doğum öncesi, doğum ve doğum sonu kliniklerinde çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihleri, nedenleri ve etkileyen etmenlere yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Oysa perinatal alanda çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin gebelerle olan yakın iletişimleri ve danışmanlık rollerinin olması nedeni ile gebelerin doğum şekli tercihleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu dolayısı ile onların doğum şekli tercihlerinin ve görüşlerinin ülkedeki sezaryen oranlarını ne kadar etkileyebileceği sorusunu düşündürmektir.

Bu nedenle bu alanın araştırılmasıyla Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘Hiçbir bölgede, sezaryen hızının %10-15’lerin üzerinde olmasını haklı çıkaracak bir gerekçe bulunmamaktadır’(10) şeklindeki

görüşüne ve bu görüş için atılacak adımlar için yapılması gerekenlere ve bu alandaki literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; doğum sonu kliniklerinde görev alan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, tercih nedenleri ve tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

1.2. Araştırma Soruları

1. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin gerçekleştirmiş oldukları doğum şekli nedir?
2. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin kendileri için tercih edeceği doğum şekli ve nedenleri nelerdir?
3. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin kendileri için tercih ettiği doğum şekli tercih nedenlerinin mesleklere göre dağılımı nedir?
4. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin danışanları için önerdiği doğum şekli ve tercih nedenleri nelerdir?
5. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin danışanlarına önerecekleri doğum şekli ile kendilerine tercih edecekleri doğum şekli arasında ilişki var mı?
6. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercih nedenlerini etkileyen faktörler nelerdir?
7. Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin sezaryene ilişkin düşünceleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğumun Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1966 yılında doğumu “Kendiliğinden başlayan, doğumun başlangıcından bitimine kadar düşük riskli devam eden, 37-42 haftalar arasında baş gelişiyile fetusun kendiliğinden doğması ve doğum sonrası anne ve bebeğin iyi durumda olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır (18).

2.1.1. Doğum Eylemi

Son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyüemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; Miadı dolmuş (son menstrual periyoddan 40 hafta sonra)

Kendiliğinden başlaması,

Tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile,

Verteks pozisyonunda,

Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,

Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (19).

Doğum, vajinal ve abdominal (sezaryen) olmak üzere iki farklı yoldan gerçekleşebilir (20).

2.2. Doğum Şekilleri

2.2.1. Vajinal doğum

Doğum eylemi hormonal ve mekanik değişikliklerle meydana gelen bir olaydır. Doğum eylemi üç evrede gerçekleşmektedir. Birinci evrede serviks ve uterus doğuma hazırlanırken, ikinci evre ise efasman ve dilatasyonun tamamlayan fetüsün doğumunun gerçekleştiği evredir, üçüncü evre de fetüsün doğumundan plasentanın çıkışına kadar geçen dönemdir. Doğum eyleminin başarılı şekilde sonuçlanması için termde kendiliğinden başlaması, fetal ve maternal sağlığın yerinde olması, baş pelvis uyumu ve annenin maternal psikososyal durumu önem arz etmektedir (21).

2.2.1.1. Müdahalesiz (Doğal) vajinal doğum

Kadınların ve bebeklerin çoğunluğu için doğum sorunsuz gerçekleştirilebilecek fizyolojik bir süreçtir. Doğum indüksiyonu ve sezaryen gibi müdahaleler önceden riskleri önlemek ve komplikasyonları tedavi etmek amaçlı uygulanırken bu müdahalelerin kullanımı son 20 yılda artmıştır. Ancak sağlıklı gebelerde doğum sürecinde ve sırasında en az bir tıbbi müdahaleye maruz kalmaktadır (22). Doğal doğum kadınların gebelikten itibaren içgüdüsel olarak adım adım geçecekleri bir süreci tanımlamaktadır (23).

2.2.1.2. Bölgesel analjezi ile vajinal doğum

Bölgesel analjezi doğumda ağrıyı hafifletmek için yaygın olarak kullanılan ve omurganın alt bölgesine lokal anestetik madde enjeksiyonu ile uygulanan bir analjezi şeklidir (24). Genel olarak doğum sırasında ağrıyı hafifletmede güvenli ve etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (25). Epidural analjezi anne memnuniyetini artırmakta, ağrıyı rahatlamakta ve asidoz görülme riskini düşürmektedir. Buna karşılık en yaygın yan etkisi doğum eyleminin ikinci evresinin uzamasıdır (26). Aynı zamanda daha fazla oksitosin indüksiyonu, fetal distres, uzun süreli bel ağrısı, kas tonüsünde azalma, geç emzirme ve son aşamada sezaryene yol açabilmektedir (26,27, 25). Epidural analjezi ile gerçekleşen doğumlarda daha fazla doğum indüksiyonu, uzamış doğum eylemi, enstrümental müdahale görülmektedir (28). Çok nadiren görülen ciddi komplikasyonları ise omurilik-sinir hasarı, taşikardi, ciddi solunum problemleridir (25).

2.2.1.3. Suda vajinal doğum

Suda vajinal doğum hamile bir kadının, doğumun herhangi bir aşamasında (birinci, ikinci, üçüncü) karnının tamamen batık olduğu bir suya bedenini daldırarak doğumunu gerçekleştirmesini ifade eder. Bu suda doğum, havuz, küvet veya banyo olarak adlandırılabilir ve normal bir ev banyosundan daha büyük bir kabın kullanılmasıyla gerçekleşebilmektedir. Kadının bedenini daldırma süresi, doğumun bir veya daha fazla aşaması için ve herhangi bir süre içinde olabilmektedir. Doğum eylemi, o sırada kadın veya klinisyenler tarafından tanımlandığı şekliyle olur ve tam servikal dilatasyona, fetüsün ve plasenta ve zarların atılmasına yol açan düzenli ağrılı uterus kasılmalarını kapsamaktadır (29). Elizabeth R Cluett ve EthelBurns(2018) yaptıkları bir çalışmada, suda doğum yapmanın epidural analjezili doğumu tercih etme sayısında azalma

olabileceğini ön görmüşlerdir. Suda doğum yapmanın doğum şeklini veya ciddi perine yırtığı olan kadın sayısını etkilemediği bulunmuştur. Yapılan çalışmanın literatür taramasında, suda doğumun kadınlar veya yeni doğanlar için herhangi bir riski artırdığına dair de hiçbir kanıt bulunamamıştır (29).

2.2.1.4. Sezaryen sonrası vajinal doğum

Sezaryen sonrası vajinal doğum(SSVD) klinik olarak denenmesi gereken ve önerilen önemli bir uygulama olduğu bildirilmiştir(89).Sezaryen sonrası vajinal doğum uygulanabilmesi için anne ve bebek bakımından da bazı kıstasların karşılanması gerekmektedir. Bunlar; daha önceki sezaryenin alt segmentte transvers insizyonla yapılmış olması, uterusu sezaryen dışında başka bir skar ya da anormallik olmaması, pelvik darlık olmaması, fetüsün 4000 gramın üstünde olmamasıdır(91).

Ancak, bazı belirtilen durumlarda SSVD mümkün olamamaktadır.Bunlar ise ; kadının doğum şeklini sezaryen olarak istemesi, önceki sezaryende uterusu, transvers düzlem dışında bir şekilde kesi olması veya önceki sezaryen doğumun uterus kesisi tipinin belirlenememesi, iki veya daha fazla alt segment transvers uterus kesisi olması, uterusu rüptür hikâyesi, vajinal doğuma engel oluşturacak maternal ve fetal durumlardır (90).

SSVD uygulanamayacak diğer durumlar ise; daha önceki insizyonu klasik veya ters T olması, myomektomi operasyonu geçirmiş olması, uterus rüptürü ve bazı plasental bozukluk geçirmiş olmasıdır (91).

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayımladığı doğum ve sezaryen eylemi rehberinde, daha önce sezaryen ile doğum yapmış SSVD isteyen kadınların, antenatal bakımda 36. haftadan önce bir kadın doğum uzmanı tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir. Kadın daha önce iki kez sezaryen ile doğum yapmış ve SSVD için herhangi bir ek risk faktörü yoksa önce yararlar ve riskler anlatılmalı, eylem sırasında gerekli olduğu durumlarda oksitosin dikkatli bir şekilde kullanılmalı, sürekli elektronik fetal izlem yapılmalı ve epidural analjezi uygulanabileceği belirtilmelidir. Ayrıca rehber, her hastanenin, olası acil sezaryenden sorumlu konsültasyon hekimine nasıl ulaşılacağına dair yazılı bir politikası olması gerektiğini vurgulamaktadır (30,31).

2.2.2. Sezaryen

Bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması operasyondur. Sezaryen geçmişte ölmek üzere olan bir gebeden fetüsü canlı kurtarabilmek için gerçekleştirilen ve mortalitesi yüksek bir prosedür iken, 19. yüzyıldan itibaren, asepsi, anestezi, cerrahi teknikler ve güvenli kan transfüzyonundaki ilerlemeler neticesinde daha güvenli bir doğum yöntemi haline gelmiştir (32,33).

2.2.2.1 Sezaryen Sıklığı

Dünya’da ve Türkiye’de sezaryen sıklığı oranları

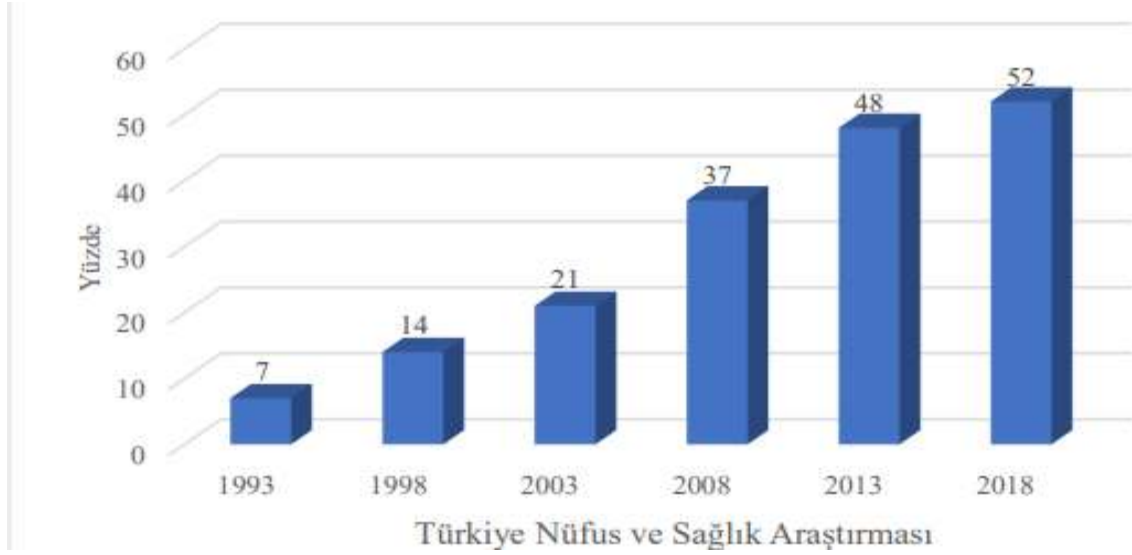
DSÖ, sezaryen oranlarının 1985 yılından bu yana tüm doğumlar içinde %10-15 oranında olmasını belirtmektedir (34). Sezaryen sıklığı dünya genelinde %16 olup, yüksek gelirli ülkelerde %28, orta gelirli ülkelerde %32, az gelirli ülkelerde (kişi başına düşen gayri safi milli hasıla 995\$ veya daha az olan ülkeler), %6 ve düşük gelirli ülkelerde (kişi başına düşen gayri safi milli hasılası 996\$-12,195\$ arasında olan ülkeler) %9’dur. Bölgelere göre yüzdelik oranlara bakılacak olursa Amerika’da %33, Avrupa’da %24, Afrika’da %4’dür (35).

TNSA 2018 ‘e göre Türkiye’de tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların sıklığı %52’dir (36).

Son zamanlarda yapılmış olan çalışmalar da birçok ülke de yapılan sezaryen doğum oranları yüksek olarak bulunmuş olup OECD’nin 2021 verilerinde 1000 canlı doğumda sezaryen oranı en düşük olan ülke olarak 148 ile İsrail başı çekmektedir, hemen arkasından benzer oranla 1000 canlı doğumda 152 Hollanda takip etmektedir. Norveç, İzlanda ve İsveç deki oranlar da bu ülkelerle paralel olduğu bulunmuştur (59).

1000 canlı doğum da en yüksek orana sahip olan ülke 586 ile Meksika olurken, hemen öncesinde sondan ikinci olan ülke ise 1000 canlı doğumda 573 ile Türkiye olmuştur (59).

Sezaryen oranlarındaki artış evrensel bir sorun olarak karşımıza çıkmakla birlikte; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, ülkemizde tüm doğumlar içinde sezaryen oranı 2003 yılında %21, 2008’de %37, 2018’de %52’dir (35).



Şekil 2.2.2.1.1 Türkiye’de sezaryen sıklığı (TNSA 2018).

Türkiye’de Sezaryen Sıklığının Bazı Nedenleri

Sezaryen oranlarında sürekli artışın sebepleri henüz tam olarak anlaşılamamış olup bazı olası sebepler şu şekilde sıralanmaktadır; ileri anne yaşı, üremeye yardımcı tedaviler sonucu gebeliğin oluşması, çoklu doğumlar, bebeğe yönelik anomaliler, obezitenin artması, doğum sancısı korkusu, vajinal doğum sonrası genital değişiklikler ile ilgili endişelerin varlığı, sezaryenin bebek için daha güvenli olduğuna dair yanlışlığı, hem anne hem de sağlık personeli için daha uygun bir yöntem olması düşüncesi, tıbbi dava korkusuna karşın her türlü komplikasyon veya olası olumsuz sonuca karşı azaltılmış risk görülmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenlere bakıldığında yalnızca tıbbi etmenleri göz önüne almak, gereksiz sezaryen oranlarını azaltmak için muhtemelen yetersiz olacaktır (63).

Bir diğer önemli sezaryen nedeni olan isteğe bağlı sezaryen oranı literatüre bakıldığında Çakmak ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada gebelerin isteğe bağlı sezaryen tercih nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır: %42,2 vajinal doğumdan korkma, %31,6 sezaryenin ağrısız olması, %15,8 sezaryende anne ve bebeğin daha az zarar göreceği ve %10,5 vajinal doğumun daha riskli olduğunu düşünme şeklindedir (60).

2.2.2.2. Sezaryen Endikasyonları

Literatürde sezaryen endikasyonları şu şekilde gruplandırılmaktadır; (30,91,93)

1.Fetal Endikasyonlar

1.1. Fetal Sıkıntı

1.2. Fetal Rahim içi yerleşim anomalileri

1.2.a. Makat

1.2.b. Diğer yerleşim anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)

1.3. Çoğul Gebelik varlığı

1.4. Fetal Anomaliler (Hidrosefali, kalp anomalileri vb.)

2. Maternal Endikasyonlar (30)

2.1. Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)

2.2. Sistemik Hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon vb.)

2.3. Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)

3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar (30)

3.1. Baş-pelvis uygunsuzluğu

3.2. Uzamış doğum eylemi

3.3. İri bebek

4. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar

4.1. Kordon Sarkması

4.2. Placenta Previa

4.3. Ablasyo placenta

4.4. Vasa Previa (30,93)

Yapılan çalışmalarda en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş uterin cerrahi olup, bunun ardından baş pelvis uyumsuzluğu, fetal distres ve prezentasyon anomalilerinin sırasıyla geldiği bildirilmiştir (64,65). Uçkan ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu bir üniversitenin eğitim ve araştırma hastanesinin doğum sonu kliniğindeki dört yıllık doğum verileri ve sezaryen endikasyonlarının değerlendirildiği bir çalışma da, sezaryen endikasyonlarının dağılımı incelendiğinde, sezaryen ameliyatının en sık sebepleri sırasıyla önceden geçirilmiş bir veya birden çok sezaryen ameliyatı (%53,8), baş pelvis uyumsuzluğu (%15,2), fetal distres (%14,3), makat prezentasyon (%5,7), ilerlemeyen eylem (%4,4), iri fetüs (%1,7), ve diğer prezentasyon anomalileri (Yüz, transvers, alın geliş) (%1,5) olduğu bulunmuştur (64). Nepal’da bulunan üçüncü basamak bir hastanede Temmuz 2016-Haziran 2018 arasında yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışma sonucunda, yapılan toplam doğumların %36,8 sezaryen, %63,1 vajinal doğum olduğu, sezaryen en yaygın endikasyonu olarak fetal distres %28 bulunmuştur. Diğer yaygın endikasyonlar ise; bir önceki doğumun sezaryen olması %18, doğumun ilerlememesi %12, oligohidramnios varlığı %7, malprezentasyon oluşu %7, baş pelvik bozuklukları %6.5 ve gebelikte hipertansif bozukluk olması %4’tür (67).

İsveç'teki bir üçüncü basamak hastanesinde gebelik kayıt defterinden ve obstetrik kayıtlardan 1990'ların başı ile 2015 yılları arasında alınmış olan retrospektif gözlemsel bir çalışma da planlanan sezaryenlerin çoğu annenin isteği üzerine, acil sezaryenlerin çoğu ise uzayan doğum nedeniyle

gerçekleştirildiği bulunmuştur (66). Planlı sezaryen için endikasyonlar, vajinal doğum korkusu veya normal bir gebelik haftasında eşlik eden herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın anne isteği grubunu (psikososyal endikasyon, tıbbi olmayan endikasyon) içermiştir (68).

2.2.2.3. Sezaryenin anne ve yeni doğan için riskleri

Anne ölüm ve hastalık prevalansı sezaryen sonrasında vajinal doğumdan daha yüksektir. Sezaryen, artan uterus rüptürü, anormal plasentasyon, ektopik gebelik, ölü doğum ve erken doğum riski ile ilişkilidir.

Sezaryen, şiddetli maternal morbidite, histerektomi veya kan transfüzyonu gerektiren kanama, histerektomi, uterus rüptürü, anestezi ile ilişkili komplikasyonlar (genel veya lokal anestetik, analjezik veya diğer sedasyon uygulamalarından kaynaklananlar dahil) gibi komplikasyonların varlığını ortaya çıkarabilmektedir. Doğum eylemi ve doğum sırasında, obstetrik şok, kardiyak arrest, akut böbrek yetmezliği, destekli ventilasyon veya entübasyon, venöz tromboembolizm, majör lohusa enfeksiyonu gibi olumsuzluklara sebep olmaktadır (69).

Sezaryen ile doğan bebeklerin farklı hormonal, fiziksel, bakteriyel ve tıbbi maruziyetlere sahip olduğuna ve bu maruziyetlerin yenidoğan fizyolojisini değiştirebileceğine dair ortaya çıkan kanıtlar bulunmaktadır. Sezaryenin kısa vadeli riskleri arasında; yetersiz bağışıklık gelişimi, artan alerjik durumlar, atopi ve astım olasılığı ve azalmış bağırsak mikrobiyom çeşitliliği yer almaktadır. Sezaryen doğum sonucunda geç çocukluk obezitesi ve astım insidansı arasındaki bir ilişki sıklıkla bildirilmesine rağmen, bu risklerin yaşamın ileriki dönemlerinde devam edip etmediği konusunda yeterince araştırma bulunmamaktadır (69).

2.2.2.4. Sezaryenin tıp etiği çerçevesinde incelenmesi

Kadının tıbbi olarak zorunlu haller dışında sezaryen tercihi, sağlık personeli olarak etik ihlallere yol açmadan, evrensel etik ilkeler doğrultusunda verilmesi gereken bir karar olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık personeli görevini yerine getirirken evrensel etik ilkelere riayet etmeli ve bu ilkeler doğrultusunda karar verilmesine de rehberlik etmesi gerekmektedir (70).

Zarar Vermeme- Yararlılık İlkesi

Sağlık bakımı vericilerinin birincil ve en temel görevi, tıbbi bakım yönünden hastalarına yararlı olmaktır (97). Bu ilke kapsamında amaçlanan, sezaryenin oluşabilecek olumlu ve olumsuz sonuçlarını sıfırlayabilmektir. Zarar vermeme ilkesi tanım olarak hastaya yapılacak girişimlerin önceden değerlendirilerek en az zarar sağlayacak girişimin seçilmesi, hastanın zarardan korunması şeklindedir.

İsteğe bağlı sezaryen doğumlarda fetüs/yeni doğanın sağlayacağı yarar durumu azdır ve zarar görmesine neden olabilmektedir. Bu durum fetüs/yeni doğanın yararlılık ilkesine ters düşmektedir (71). Hastada vajinal doğum sonrası pelvik taban kaslarında gevşeme sonucunda oluşabilecek idrar kaçırma, pelvik ağrı gibi nedenlerle isteğe bağlı sezaryeni tercih etmesi yerine, tıp dışı (ağrı kontrolü, pelvik egzersiz vb) uygulamalara sağlık personeli tarafından yönlendirilmesi ve karar verme aşamasında yeterliliğinin sağlanması bu tür komplikasyonların oluşmasına engel olabilir.

Özerklik İlkesi

Özerklik ilkesi, bireyin hür iradesiyle düşünebilmesi, kendi ile ilgili kararlarını kendi başına verebilmesi, kendisine yapılması planlanan girişimler konusunda hiç kimsenin etkisi olmadan karar verebilme ve eylemde bulunabilme yetkinliği olarak tanımlanmaktadır.

Sezaryen uygulamasından önce anneye sezaryen doğum hakkında, olası komplikasyonları hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formunun imzalatılarak kullanılması gerekmektedir (71). İsteğe bağlı olarak sezaryen doğum tercihi annenin özerklik ilkesi kapsamında değerlendirildiğinde kadının sezaryen doğum seçme hakkı vardır ancak fetüs/yenidoğan için risk ve istenmeyen durumların olduğu düşünüldüğünde fetüs/yenidoğan özerkliği açısından çelişki oluşturmaktadır.

Adalet İlkesi

Sağlık personeli, adaleti değerlendirirken dört ana temayı göz önünde bulundurmalıdır, bunlar şu şekildedir; kıt kaynakların adil dağılımı, rekabet eden ihtiyaçlar, haklar ve yükümlülükler ve anayasal mevzuatla olası çatışmalar (98).

Özerkliğe saygı, bireyin istemediği tedaviyi kabul etmeme hakkını beraberinde getirirken, talep üzerine tedavi alma hakkını da sağlamamalıdır. Bu nedenle adalet ilkesi göz önüne alındığında tıbbi zorunluluğu bulunmadığı halde sezaryen doğum isteyen kişi, ücret ödemediği halde diğer hastalarla eşit haklar talep etmiş olacaktır ve bu durumda sağlık kuruluşunu ekonomik olarak zor durumda

bırakacağı gibi tıbbi zorunluluk taşıyan gebelerin sezaryen operasyonuna erişimini de kısıtlayabilmektedir. Örneğin böyle bir gebe doktor ve ilgili hemşire ve ebeleri kendi talebiyle oluşturduğu tedaviyle meşgul ederken acil tanıyla gelen fetal endikasyonları bulunan bir gebenin tedavisinin gecikmesini, sekteye uğramasına hatta fetüs veya annenin hayatını kaybetmesine neden olabilir, bu da adalet ilkesinin sekteye uğramasına sebebiyet verir (71).

2.3. Anne Talebine Göre Sezaryen Tercihi İle İlgili Görüşler

Anne talebine göre sezaryen, anne isteğinin ötesinde çoğunlukla hekim isteğinin de ön planda olduğu bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında yapılan bir çalışmada hekimlerin, annelerin karar verme aşamasında kendi etkilerinden habersiz oldukları bildirilmektedir (98).

Lokev d.2015 yılında sezaryen doğum seçimi kararlarına yönelik literatürün taranması araştırmaları sonucunda, genel olarak kadınların hamilelikleri boyunca karar alma süreçlerine katılımı sağlığı personelinin desteklediğini aldıklarını ortaya koymuştur (99).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin yayımladığı araştırma sonucunda kadın doğum uzmanları anne isteği ile sezaryen doğumu en çok destekleyen grup olarak bulunmuş, ancak bu görüş ülkeler arasında değiştiği de saptanmıştır (50).

Avustralya'da, 1032 kadın doğum uzmanının katıldığı çalışma da %77,3'ü ve 258 kadın doğum uzmanının %81'i komplike olmayan gebeliklerde anne isteği ile sezaryen doğumu kabul etmektedir (51).

Anne isteği ile sezaryen doğumu en düşük seviyede destekleyen ülkeler İspanya ve Kanada'daki kadın doğum uzmanlarıdır ve bu ülkelerdeki doğum uzmanlarının sırasıyla sadece %15 ve %23'ü anne isteği ile sezaryen doğumu yapmayı kabul etmiştir (52,53).

İtalya'daki kadın doğum uzmanlarının %57,9'u isteğe bağlı sezaryen doğumun kadınlar için seçim özgürlüğünü desteklerken, pek çoğunun (%40,82'si) anne isteği ile sezaryen doğumu kabul etmeyeceğini belirtmeleri ilginçtir (54).

Türkiye'de, kadın doğum uzmanlarının çoğu isteğe bağlı sezaryen doğum konusunda kadınların seçme özgürlüğü konusunda hemfikir olmadığını (%40,1), ancak yaklaşık %30'u anne isteği üzerine sezaryen uygulandığını bunun tersi olarak rapor etmiştir (55,56).

Gebe kadınların son zamanlarda sezaryen doğumu talep etmesindeki artışın sebeplerinin araştırıldığı Aşıcı'nın (2021) çalışmasında katılımcılar, özellikle günümüzde sezaryen talep eden gebelerin, daha sedanter bir yaşam biçimleri olduğunu, aşırı beslendiklerini ve aldıkları vitamin takviyelerinden dolayı daha kilolu olarak doğuma girdiklerini, ağrı eşiklerinin daha düşük olduğunu, cinsel hayata daha fazla önem verdiklerini ve yıllar içerisinde giyim tarzındaki değişimlerden dolayı günümüz gebelerinin pelvik yapısının eskisi gibi olmadığını da ifade etmişlerdir (57).

2.4 Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Sağlık personelinin sezaryen doğumu talep etme nedenlerinin altında çok çeşitli etkenler yer almaktadır. Bunlardan biri doğum yapma korkusudur. Doğum korkusu (Tokofobi) primer, sekonder ve gebedeki depresif hastalığa sekonder olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Özellikle primiparları etkileyen primertokofobi, derin bir doğum korkusuyla ilişkili iken, multiparları etkileyen sekonder tokofobi, önceki yaşanmış olumsuz doğum deneyimleri ile ilişkilidir (37). Doğum sırasında bebeğinin zarar görebileceği endişesi, doğumu kontrol edememe düşüncesi, epizyotomi korkusu, pelvik kaslarda hasar gelişebileceği ve cinsel yaşamının olumsuz etkileneceği düşünceleri annelerin diğer sezaryen talep etme nedenlerinden bazılarıdır (38,39,40,41).

Kadınların doğum şekli tercihleri kültürel, kişisel ve sosyal faktörlerden etkilenebilmektedir. Gebelik ve doğum ile ilgili tutumların belirlenmesinde aile üyelerinin deneyimleri, yakın çevrenin izlenimleri-hikâyeleri ve görsel medya etkili olabilmektedir (42). Ekonomik durum ve doğum seçeneklerine erişim de doğum şekli tercihinin belirleyici önemli bir faktördür. Sezaryen doğum oranları dünya genelinde artmaktadır. Bu artışa katkıda bulunan faktörler çok yönlü ve karmaşık olabilmektedir (43).

Kadınların gebelik ve doğum sürecinde rolleri ve doğum deneyimini algılayış biçimleri doğum şekli tercihinin etkilemektedir (44). Kendilerini gebelik ve doğuma yönelik kararlarda sürecin aktif bir parçası olarak tanımlayan kadınlar vajinal doğumu, doğum sırasında ebe-hemşire bakımını tercih etmekte ve doğum analjezilerinden kaçınmaktadır. Öte yandan gebelik ve doğum sürecinde kendilerini pasif tanımlayan kadınlar sezaryen, hekim bakımı, hastanede uzun süre kalışa ve ilaç kullanımına daha yatkındır (44). Aynı şekilde gebelik ve doğum sürecini önemli tıbbi durum olarak değerlendiren kadınlar ise sağlıklı bir gebelik ve doğum için tıbbi yaklaşımların ağırlıklı olduğu tedavi yöntemlerine yönelmektedir (45).

Yapılan çalışmalarda doğum şekli tercihlerinde bakım veren personelin de etkili olduğu belirlenmiştir (46). Sağlık personeli, kadınların en uygun doğum deneyimini yaşamasında ve gelecekteki doğurganlığının belirlenmesinde anahtar bir rol almaktadır (47).

Kadınlar için gebelik ve doğum sürecinde kendi ideolojisini ve stilini paylaşan bir sağlık personeli bulmak ve bakım veren kişi ile iyi bir ilişki kurmak önemlidir. Bakım veren personele duyulan güven, doğum ile ilgili tüm kararların uygun-gerçekçi kriterlere dayandırılabilmesine duyulan güven ile doğru orantılıdır (48). Doğuma yönelik eğitici eğitimleri isteğe yönelik sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili bir yoldur (43).

Aktaş ve Yılar (2018)'ın çalışmasında yer alan üçüncü doğumunu yapan bir annenin, son doğum şeklini tercih etmesinde etkili olan karar vericiler ile sezaryen doğumun sınırlılığını belirten ifadesi şu şekildedir: *“Ben daha önce yaşadığım sancılar yüzünden aslında normal doğumdan korkuyordum. Açıkçası bunu normal doğurmak istemedim. Ama eşim olsun, gittiğim doktor olsun, aile sağlığındaki ebe olsun normali dene dediler. Birde aklıma şu geldi: Dünyanın bin bir türlü hali var. Allah korusun ya çocuklarıma bir şey olursa. Sezaryen en fazla üç kez olurmuş”*(73). Aynı çalışmanın sonucunda bazı annelerin ifadelerinden annelerin doğum şekli kararında hekimin isteği ile yasal sınırlılıkların etkisi olduğu görülmektedir. İki kere vajinal doğum yapmış, son doğumunu doğum korkuları ve tüpligasyon isteği nedeniyle sezaryen ile doğurmak istediğini ancak vajinal doğurmak zorunda kaldığını belirten bir annenin ifadesi şu şekildedir: *“Ben normal doğumu tercih etmedim ki. Sezaryen istedim ama yasak olduğu için doktorlar hayır dediler. Bu üçüncü çocuğum, bunda bari yalvarayım doktorlara, tüplerimi bağlatayım (tüpleri bağlatma: tüp ligasyonu) dedim. Meğer yasak gelmiş. Ne kadar yalvardıysam, yok dediler. İki doktor da yok dedi”* (73).

Araştırmalar, doğum korkusunun gebelik sırasında nispeten basit ve uygun maliyetli müdahalelerle ve bakım sağlayıcılardan güvence ve destekle ele alınabileceğini ve böylelikle doğum korkusunun azaltılabileceğini göstermektedir (49).

2.4.1.Gebelerin Doğum Tercihlerini Yönlendirmede Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Etkisi

Perinatal alanda çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin gebelerle olan yakın iletişimleri ve danışmanlık rollerinin olması nedeni ile gebelerin doğum şekli tercihleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip

olduğu dolayısı ile onların doğum şekli tercihlerinin ve görüşlerinin ülkedeki sezaryen oranlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu bağlamda yapılan çalışmalardan Özkan ve ark.(2013) 'nın araştırmasında katılımcıların %59,2 gebelikleri süresince doğum şekilleri hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Bilgi sahibi olanların, %32,6'sı bu bilgiyi doktordan, %7,6 ebe/hemşireden, %24,2 çevresindeki kişilerden, 243'ü %1,3 internetten, %12,2 daha önce doğum yapanlardan, %9,4 kitap/dergi/broşür gibi materyallerden edindiğini belirtmiştir (92). Bilgin ve ark (2018)'ın ülkemizde yaptığı çalışmada katılan kadınların %65,9' u doğum şekline doktorun karar verdiği bulunmuştur (96). Aktaş ve Gökgöz (2015) 'ün sağlık personelinin doğum şekli tercihi hakkında bilgi aldığını ifade eden kadınların, vajinal doğum yöntemini sezaryene göre daha fazla tercih ettikleri; kadınların vajinal doğum yöntemini tercih etme nedenleri ise; anne/bebek açısından sağlıklı, güvenli ve doğal bir yöntem olmasının etkili olduğu ve kadınların üçte ikisinin hem planlanan hem de şimdiki doğum şeklinin vajinal doğum olduğu bulunmuştur (94).

Bir diğer çalışma olan Lothian (2014) 'ın kadınların çoğunun (%80) en güvenilir bilgi kaynağı olarak sağlık personellerini, diğer bilgi kaynağı olarak daha çok geçmiş deneyimler ve interneti tercih ettiklerini belirtmiştir (95).

Yukarıda yapılan çalışma sonuçlarına göre sağlık personelinin, doktorlar ağırlıkta olmak üzere gebelerin doğum şekline karar vermede etkili oldukları görülmektedir.

2.4.1.1. Gebelerin Doğum Tercihlerini Yönlendirmede Hemşire Roller

Eğitici rol; hemşirenin birey, aile ve toplum sağlığını korumaya, geliştirmeye, hastalık durumunda iyileştirmeye ve uygun sağlık davranışı kazandırmaya yönelik planlı biçimde eğitim verme uygulamalarını kapsamaktadır (101). Doğum şekli tercihi hakkında bilgi sahibi olmak isteyen gebelerin eğitilmesi konusunda hemşireler bu rol çerçevesinde eğitimlik yönlerini kullanmaktadır.

Savunucu rol; hemşire bu rolüyle bakım sırasında hasta haklarını ihlal eden faktörleri azaltmakta, hastanın kendisini ifade etmesine yardımcı olmaktadır (100). Yasal süreçlerle de yakından ilgili olan bu rol hastanın yapılacak tüm işlemler ile ilgili bilgilendirilmesi, hasta için gerekli olmayan ya da hastaya zarar verebilecek işlemlerin önlenmesi, hastanın yararı ve çıkarı doğrultusunda çalışılması ve hasta hakları ile ilgili duyarlılık sahibi olması ve denetimli olunması şeklindeki yaklaşımları içermektedir (101). Gebelerin doğum şekillerine karar verirken yeterince aydınlatılmış

ve yazılı onamlarının alınmasını sağlamak hemşirelerin bu rolünün gereğidir. Henüz kendini savunma yetisi olmayan yeni doğanın, dünyaya geleceği doğum şeklinin kendisi için en sağlıklı olanın seçilebilmesi için hemşireler savunucu yönlerini kullanmaktadır.

Danışman rol; hemşirenin bu rolü eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolüyle bütünleşmektedir.

Hemşire, gebe ve ailesine ilgili konuda farkındalık sağlamak koşulu ile gerekli bilgilendirmeyi yapmalıdır (101). Kendisine danışanlara önereceği doğum şekli bu rol kapsamında ele alınmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum kliniklerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihlerini, bu tercihlerin nedenlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum kliniklerinde Kasım 2022- Ocak2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Her iki hastanenin de kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde; gebelik ve doğum öncesi izlemleri, vajinal doğum ve sezaryen yapan annelerin doğum sonu tıbbi takipleri, hemşirelik bakım süreçleri, emzirme ve sağlıklı yeni doğan izlemi eğitimleri, yüksek riskli gebeliklerin tanılanması, tedavi edilmesi ve izlemleri yapılmaktadır. Ameliyathanelerinde obstetrik ve jinekolojik operasyonlar yapılmaktadır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde 8 hekim,10 asistan hekim, 21 hemşire ve 2 ebe çalışmaktadır. Hemşire ve ebeler 08-20 ve 20-08 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 14 hekim, 38 asistan hekim, 40 hemşire ve 20 ebe çalışmaktadır. Hemşire ve ebeler 8-16 16-08 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum kliniklerinde çalışan ve katılmaya gönüllü hekim, hemşire ve ebelerin tümü olan 125 kişi oluşturmuştur.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisinde Kasım 2022- Ocak2023 tarihlerinde araştırmaya katılmayı kabul eden 36 hekim, 59 hemşire ve 30 ebe olmak üzere toplam 125 sağlık personeli oluşturmuştur. Evrenin tümü örneklemi oluşturmuştur.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- Kadın doğum kliniklerinde görevli olan
- Hekim, hemşire veya ebe olan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan

Dışlanma kriterleri;

Çalışmanın anket formunu doldurmayan hekim, hemşire ve ebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakóltesi ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Proje No: KA22/306) tarafından uygun bulunarak onaylanmıştır (**EK 4**).

Araştırmanın yürütölmesi amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden, Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (Karar No: 13) tarafından izin alınmıştır (**EK 5**).

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın uygulandığı hastane çeşitliliğinin az olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamındaki veriler Tanıtıcı Bilgi Formu (**EK 2**), Doğum şekli Tercihleri ve Nedenleri Sorgulama Formu (**EK 3**) aracılığıyla anket toplama tekniği ile veriler toplanmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form, 9 maddeden oluşmakta olup yaş, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyo-demografik bilgilere yönelik sorular içermektedir (**EK 2**).

3.7.2. Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri Sorgulama Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan (55,83) ve toplam 12 maddeden oluşan doğum şekli tercihleri ve nedenleri sorgulama formu; doğum şekli tercihleri ve nedenlerine yönelik sorular içermektedir (EK 3).

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma izinlerinin alınmasından sonra veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirebilmek için 10 kişiye (Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde) bir ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan katılımcılar araştırmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmanın amacı çalışanlara açıklandıktan sonra sözlü onamları alınmış daha sonra formlar katılımcılara verilerek doldurmaları istenmiştir. Tanıtıcı bilgi formu ve Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri Sorgulama Formu uygulama süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p>0,05$ olarak ele alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde doğum sonu kliniklerinde görevli olan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, tercih nedenleri ve tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Katılımcıların Kendisi/ Eşi İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenlerine Yönelik Bulgular
3. Katılımcıların Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
4. Katılımcıların Kendileri/ Eşleri İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenlerinin Mesleklere İlişkin Bulgular
5. Katılımcıların Danışanları İçin Önerceği Doğum Şekli ve Nedenlerine Yönelik Bulgular
6. Katılımcıların Danışanlara Önerceği Doğum Şekli İle Tercih Edilen Doğum Şekline İlişkin Bulgular
7. Katılımcıların Sezaryen Doğuma İlişkin Düşüncelerine Yönelik Bulgular

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişken (N=125)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 27,42 \pm 5,19$ (yıl)]		
<25	41	32,8
25-29	57	45,6
≥ 30	27	21,6
Cinsiyet		
Kadın	107	85,6
Erkek	18	14,4
Medeni durum		
Evli	39	31,2
Bekar	86	68,8
Eğitim düzeyi		
Lise	8	6,4
Ön lisans	9	7,2
Lisans	79	63,2
Yüksek lisans	22	17,6
Doktora ve üzeri	7	5,6
Meslek		
Hekim	36	28,8
Hemşire	59	47,2
Ebe	30	24,0
Mesleki çalışma süresi		
<5 yıl	88	70,4
5-10 yıl	22	17,6
>10 yıl	15	12,0
Gelir düzeyi		
Gelir giderden fazla	18	14,4
Gelir giderden az	57	45,6
Gelir gidere eşit	50	40,0
Çocuk varlığı		
Evet	20	16,0
Hayır	105	84,0

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının $27,42 \pm 5,19$ (yıl) olup, %45,6'sının 25-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kişilerden %85,6'sının kadın, %68,8'inin bekar, %63,2'sinin lisans mezunu ve %47,2'sinin hemşire olduğu belirlenmiştir. Kişilerden %70,4'ünün <5 yıldır meslekte çalıştığı, %45,6'sının gelirinin giderinden az olduğu, %84,0'ının çocuğunun olmadığı bulunmuştur.

4.2. Katılımcıların Kendisi/ Eşi İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenlerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.2. Katılımcıların kendisi/eşi için tercih ettikleri/edecekleri doğum şekli ve nedenlerinin dağılımı

Değişken (N=125)	n	%
Doğum şekli öyküsü (n=20)		
Vajinal doğum	6	30
Sezaryen	14	70
Tercih edilecek doğum şekli		
Vajinal doğum	74	59,2
Sezaryen	51	40,8
Vajinal doğum şekli (N=74)		
Epidural analjezili	26	35,1
Müdahalesiz doğal	37	50,0
Suda doğum	9	12,2
Diğer	2	2,7
Vajinal doğum tercih nedeni*(N=74)		
Doğal doğum olarak gördüğüm için	58	46,4
Anne ve bebek açısından daha sağlıklı olduğu için	59	47,2
Doğum sonu dönemde erken iyileşme olduğu için	65	52,0
Daha az komplikasyon (kanama, enfeksiyon vb) olduğu için	72	57,6
Sezaryende olumsuzluklara tanık olduğum için	19	15,2
Önceki sezaryende olumsuzluk yaşadığım için	2	1,6
Sezaryenin uzun vadede olumsuz etkileri olduğu için	29	23,2
Anestezi ve operasyondan korktuğum için	10	8,0
Doktorum istediği için	1	0,8
Eşim istediği için	2	1,6
Doğum sonu erken taburcu olmak için	26	20,8
Bebegi daha erken emzirebilmek için	41	32,8
Abdominal cerrahi iz olmaması için	21	16,8
Diğer	1	0,8
Sezaryen doğum tercih nedeni* (N=51)		
Doğum ağrılarını çekmek istemediğim için	33	26,4
Doğumdan korktuğum için	27	21,6
Normal doğum yapmayı başaramayacağını düşündüğüm için	15	12,0
Anne – bebek için daha risksiz olduğu için	22	17,6
Olumsuz normal doğumlara tanık olduğum için	32	25,6
Önceki vajinal doğumda olumsuz deneyim yaşadığım için	6	4,8
Epizyotomiden korktuğum için	18	14,4
Doğum zamanı ve süresi belli olduğu için	18	14,4
Kanama riskinin daha az olduğu için	2	1,6
Daha konforlu-güvenli olduğunu düşündüğüm için	22	17,6
Anne-bebek açısından daha sağlıklı olduğu için	6	4,8
Normal doğumun uzun vadede olumsuz etkileri olduğu için	101	80,8
Diğer	4	3,2
İsteğe bağlı sezaryeni uygun bulma		
Evet	74	59,2
Hayır	51	40,8
Tıbbi gerekçe olmadan sezaryenin hak olması		

Evet	98	78,4
Hayır	27	21,6

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler satır bazlı olarak toplam örnek sayısına göre belirlenmiştir.

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların tercih ettiği/edecekleri doğum şekline bakıldığında, %59,2'sinin tercih ettiği doğum şeklinin normal vajinal doğum olduğu, %50,0'ının müdahalesiz doğal doğum istediği ve %57,6'sının vajinal doğum tercihi nedeninin daha az komplikasyon olduğu belirlenmiştir. Kişilerden %80,8'inin sezaryen doğum tercih nedeninin normal doğumun uzun vadede olumsuz etkileri olduğu, %59,2'sinin isteğe bağlı sezaryeni uygun bulduğu ve %78,4'ünün tıbbi gerekçe olmadan sezaryeni hak gördüğü belirlenmiştir.



4.3. Katılımcıların Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Katılımcıların tercih ettikleri doğum şeklinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tercih ettikleri doğum şekli Değişken (N=125)	Vajinal (n=74) n, (%)	Sezaryen (n=51) n, (%)	İstatistiksel analiz* Olasılık
Yaş sınıfları			
<25	29 (%70,7)	12 (%29,3)	$\chi^2=3,424$
25-29	30 (%52,6)	27 (%47,4)	p=0,181
≥30	15 (%55,6)	12 (%44,4)	
Cinsiyet			
Kadın	70 (%65,4)	37 (%34,6)	$\chi^2=11,904$
Erkek	4 (%22,2)	14 (%77,8)	p=0,001
Medeni durum			
Evli	20 (%51,3)	19 (%48,7)	$\chi^2=1,471$
Bekar	54 (%62,8)	32 (%37,2)	p=0,225
Eğitim düzeyi			
Lise	6 (%75,0)	2 (%25,0)	$\chi^2=7,739$
Ön lisans	6 (%66,7)	3 (%33,3)	p=0,102
Lisans	51 (%64,6)	28 (%35,4)	
Yüksek lisans	9 (%40,9)	13 (%59,1)	
Doktora ve üzeri	2 (%28,6)	5 (%71,4)	
Meslek			
Hekim	12 (%33,3)	24 (%66,7)	$\chi^2=14,925$
Hemşire	39 (%66,1)	20 (%33,9)	p=0,001
Ebe	23 (%76,7)	7 (%23,3)	
Mesleki çalışma süresi			
<5 yıl	50 (%56,8)	38 (%43,2)	$\chi^2=0,945$
5-10 yıl	15 (%68,2)	7 (%31,8)	p=0,623
>10 yıl	9 (%60,0)	6 (%40,0)	
Gelir düzeyi			
Gelir giderden fazla	6 (%33,3)	12 (%66,7)	$\chi^2=7,023$
Gelir giderden az	39 (%68,4)	18 (%31,6)	p=0,030
Gelir gidere eşit	29 (%58,0)	21 (%42,0)	
Çocuk varlığı			
Evet	13 (%65,0)	7 (%35,0)	$\chi^2=0,332$
Hayır	61 (%58,1)	44 (%41,9)	p=0,565
Doğum şekli öyküsü (N=20)			
Vajinal doğum	6 (%85,7)	1 (%14,3)	$\chi^2=2,031$
Sezaryen	7 (%53,8)	6 (%46,2)	p=0,154

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Katılımcıların tercih ettikleri doğum şeklinin tanıtıcı özelliklerine göre incelendiğinde, tercih edilen doğum şekli ile yaş sınıfları, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki çalışma süresi, çocuk varlığı ve doğum şekli öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tercih edilen doğum şekli ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadınların %65,4'ünün vajinal doğum tercih ettiği, erkeklerin ise %77,8'inin eşinin sezaryen olmasını istediği belirlenmiştir. Kadınların ağırlıklı olarak vajinal doğum tercih ettiği, erkeklerin ise ağırlıklı olarak sezaryeni eşlerine tercih ettikleri belirlenmiştir.

Tercih edilen doğum şekli ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hekimlerin %66,7'sinin sezaryen tercih ettiği, hemşirelerin %66,1'inin ve ebelerin %76,7'sinin vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir. Normal doğum tercih edenlerin ağırlıklı olarak hemşire, sezaryen tercih edenlerin ise ağırlıklı olarak hekim olduğu belirlenmiştir.

Tercih edilen doğum şekli ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gelirinin giderinden az olan %68,4'ünün ve gelirinin giderine eşit olan %58,0'ının tercih ettiği doğum şeklinin normal doğum olduğu, geliri giderinden fazla olan %66,7'sinin tercih ettiği doğum şeklinin sezaryen olduğu belirlenmiştir. Normal doğum tercih edenlerin ağırlıklı olarak gelirinin giderinden az olduğu, sezaryen tercih edenlerin ise ağırlıklı olarak gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir.

4.4. Katılımcıların Kendileri/ Eşleri İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenlerinin Mesleklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Katılımcıların kendileri/eşleri için tercih ettikleri doğum şekli ve nedenlerinin mesleklere göre dağılımı

	Meslek	Hekim (n=36)	Hemşire (n=59)	Ebe (n=30)	İstatistiksel analiz* Olasılık
Değişken (N=125)		n, (%)	n, (%)	n, (%)	
Tercih edilecek doğum şekli					
Vajinal doğum		12 (%16,2)	39 (%52,7)	23 (%31,1)	$\chi^2=14,925$ $p<0,001$
Sezaryen		24 (%47,1)	20 (%39,2)	7 (%13,7)	
Vajinal doğum şekli					
Epidural analjezili		8 (%30,8)	14 (%53,8)	4 (%15,4)	$\chi^2=10,102$ $p=0,120$
Müdahalesiz doğum		3 (%8,2)	18 (%48,6)	16 (%43,2)	
Suda doğum		1 (%11,1)	6 (%66,7)	2 (%22,2)	
Diğer		-	1 (%50,0)	1 (%50,0)	
Vajinal doğum tercih nedeni*					
Doğal doğum olarak gördüğüm için		10 (%17,2)	28 (%48,3)	20 (%34,5)	$\chi^2=14,937$ $p=0,958$
Anne/bebek aç.daha sağlıklı olduğu için		8 (%13,6)	33 (%55,9)	18 (%30,5)	
Doğum sonu erken iyileşme olduğu için		10 (%15,4)	34 (%52,3)	21 (%32,3)	
Daha az komplikasyon olduğu için		4 (%5,6)	41 (%56,9)	27 (%37,5)	
Olumsuz sezaryenlere tanık olduğum için		2 (%10,5)	11 (%57,9)	6 (%31,6)	
Önceki sezaryende olumsuzluk yaş. için		-	1 (%50,0)	1 (%50,0)	
Sezaryenin uzun vade olumsuz etk. için		5 (%17,2)	15 (%51,7)	9 (%31,0)	
		2 (%20,0)	4 (%40,0)	4 (%40,0)	

Anestezi/operasyondan korktuğum için	-	-	1 (%100,0)	
Doktorum istediği için	-	1 (%50,0)	1 (%50,0)	
Eşim istediği için	4 (%15,4)	15 (%57,7)	7 (%26,9)	
Doğum sonu erken taburcu olmak için	6 (%14,6)	22 (%53,7)	13 (%31,7)	
Bebeği daha erken emzirebilmek için	5 (%23,8)	13 (%61,9)	3 (%14,3)	
Abdominal cerrahi iz olmaması için	-	1 (%100,0)	-	
Diğer				
Sezaryen doğum tercih nedeni*				
Doğum ağrısı çekmek istemediğim için	11 (%33,3)	18 (%54,5)	4 (%12,2)	
Doğumdan korktuğum için	5 (%18,5)	17 (%63,0)	5 (%18,5)	
Normal doğumbaşaramayacağım için	1 (%6,7)	12 (%80,0)	2 (%13,3)	
Anne – bebek için daha risksiz old. için	13 (%59,1)	8 (%36,4)	1 (%4,5)	
Olumsuz doğumlara tanık old. için	14 (%43,8)	14 (%43,8)	4 (%12,4)	
Vajinal doğumda olumsuz deneyim için	2 (%33,3)	4 (%66,7)	-	$\chi^2=36,060$
Epizyotomiden korktuğum için	8 (%44,4)	6 (%33,3)	4 (%22,3)	$p=0,054$
Doğum zamanı ve süresi belli old. için	10 (%55,6)	6 (%33,3)	2 (%11,1)	
Kanamariskinin daha az olduğu için	-	2 (%100,0)	-	
Daha konforlu-güvenli olduğu için	10 (%45,5)	10 (%45,5)	2 (%9,0)	
Anne-bebek açısından sağlıklı old. için	2 (%33,3)	4 (%66,7)	-	
Doğum uzun vade olumsuz etkileri için	51 (%50,5)	39 (%38,6)	11 (%10,9)	
Diğer	1 (%25,0)	1 (%25,0)	2 (%50,0)	
İsteğe bağlı sezaryeni uygunluğu				
Evet	27 (%36,5)	40 (%54,0)	7 (%9,5)	$\chi^2=21,504$
Hayır	9 (%17,6)	19 (%37,3)	23 (%45,1)	$p<0,001$

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Meslek ile tercih edilen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=14,925$; $p<0,001$). Normal vajinal doğum tercih edenlerin %52,7'sinin hemşire, sezaryen tercih edenlerin ise %47,1'inin hekim olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin ağırlıklı olarak sezaryen tercih ettiği, hemşire ve ebelerin ise ağırlıklı olarak normal vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir.

Meslek ile vajinal doğum şekli, vajinal doğum tercih nedeni ve sezaryen tercih nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Meslek ile isteğe bağlı sezaryeninin uygun olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=21,504$; $p<0,001$). İsteğe bağlı sezaryen uygun olduğunu düşünenlerden %54'ünün hemşire, uygun olduğunu düşünmeyen %45,1'inin ebe olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin ve hemşirenin ağırlıklı olarak isteğe bağlı sezaryeni uygun gördüğü, ebelerin ise ağırlıklı olarak isteğe bağlı sezaryeni uygun görmediği belirlenmiştir.

4.5. Katılımcıların Danışanları İçin Önerileceği Doğum Şekli ve Nedenlerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.5. Katılımcıların danışanlar için önerilecekleri doğum şekli ve nedenlerinin incelenmesi

Değişken (N=125)	Danışanlara önerilecek doğum		İstatistiksel analiz* Olasılık
	Vajinal doğum (n=93)	Sezaryen (n=32)	
	n, (%)	n, (%)	
Tıbbi gerekçe olmadan sezaryenin hak olması	67 (%68,4)	31 (%31,6)	$\chi^2=8,669$
Evet	26 (%96,3)	1 (%3,7)	p=0,003
Hayır			
Sezaryen sonrası normaldoğum yapılabilirliği	44 (%69,8)	19 (%30,2)	$\chi^2=2,919$
Riskli/yapılamaz	43 (%76,8)	13 (%23,2)	p=0,232
İlk sezaryen sonrası doğum yapılabilir	6 (%100,0)	-	
Diğer			
Sezaryenin anneye olumlu etkileri			
Genital değişikliklerin olmaması	62 (%70,5)	26 (%29,5)	$\chi^2=0,915$ p=0,969
Eylem olumsuzluğun ortadan kalkması	55 (%72,4)	21 (%27,6)	
Verteks durumlar için uygun olması	41 (%74,5)	14 (%25,5)	
Preeklamsi-eklamsi tablosunda uygun olması	40 (%76,9)	12 (%23,1)	
Fetalmakrozominin risk olmaması	44 (%72,1)	17 (%27,9)	$\chi^2=2,817$ p=0,971
Geçirilmiş uterus cerrahisine fırsat vermesi	19 (%76,0)	6 (%24,0)	
Sezaryenin anneye olumsuz etkileri			
Enfeksiyon oluşması	73 (%78,5)	20 (%21,5)	
Hemoraji oluşması	43 (%74,1)	15 (%25,9)	$\chi^2=2,817$ p=0,971
Üriner sistem ve GIS yaralanması	57 (%78,1)	16 (%21,9)	
Pulmoneremboli oluşması	45 (%72,6)	17 (%27,4)	
Maternalmortalite/morbidite artışı olması	24 (%80,0)	6 (%20,0)	
Anestezi komplikasyonlarının olması	57 (%79,2)	15 (%20,8)	$\chi^2=2,817$ p=0,971
Paralitikileus oluşması	22 (%71,0)	9 (%29,0)	
Negatif sosyal ve mali etkiler in olması	20 (%76,9)	6 (%23,1)	
Hasta memnuniyetinde azalma olması	10 (%66,7)	5 (%33,3)	
Emzirme ve bağlanmayı engellemesi	51 (%76,1)	16 (%23,9)	$\chi^2=2,495$ p=0,777
Sezaryen yeni doğana olumlu etkileri			
Fetaldistres sonucu hızlı doğumimkanı vermesi	70 (%73,7)	25 (%26,3)	
Prezentasyon anomalisinin var olması	52 (%72,2)	20 (%27,8)	
Maternalenfeksiyon fetüse geçme riskinin olması	57 (%74,0)	20 (%26,0)	
Sezaryenin yeni doğana olumsuz etkileri			
Yenidoğanın geçici takipnesinin olması	58 (%74,4)	20 (%25,6)	$\chi^2=2,495$ p=0,777
Respiratuardistressendromu olması	37 (%72,5)	14 (%27,5)	
Pulmoner hipertansiyon olması	13 (%61,9)	8 (%38,1)	
Barsak florası gelişiminin yetersiz olması	34 (%68,0)	16 (%32,0)	
Hastane de kalış süresinin uzaması	64 (%75,3)	21 (%24,7)	$\chi^2=2,495$ p=0,777
Bebek anneyle geç iletişim riskinin olması	70 (%75,3)	23 (%24,7)	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Danışanlara önerilecek doğum şekli ile tıbbi gerekçe olmadan sezaryenin hak olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=8,669$; $p=0,003$). Tıbbi gerekçe olmadan sezaryeni hak görmeyen %96,3'ünün danışanlara normal doğum önerdiği, tıbbi gerekçe olmadan sezaryeni hak gören %31,6'sının danışanlara sezaryen önerdiği belirlenmiştir. Danışanlarına sezaryen önerenlerin tıbbi gerekçe olmadan sezaryenin hak olduğunu düşünme oranının, normal doğum önerenlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Danışanlara önerilecek doğum şekli ile normal doğumu yaptıracak kişi, sezaryen sonrası normal doğum yapılması hakkında düşünce, sezaryenin anneye olumlu etkisi, sezaryenin anneye olumsuz etkisi, sezaryenin yeni doğana olumlu etkileri ve sezaryenin yeni doğana olumsuz etkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

4.6.Katılımcıların Danışanlara Önerileceği Doğum Şekli İle Tercih Edilen Doğum Şekline İlişkin Bulgular

Tablo 4.6.Katılımcıların danışanlara önerileceği doğum şekli ile tercih edilen doğum şekli tercihi arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken (N=125)	Danışanlara önerilecek doğum		İstatistiksel analiz* Olasılık
	Normal doğum (n=93) n, (%)	Sezaryen (n=32) n, (%)	
Tercih edilen doğum şekli			
Vajinal doğum	72 (%97,3)	2 (%2,7)	$\chi^2=49,926$ p<0,001
Sezaryen	21 (%41,2)	30 (%58,8)	
Vajinal doğum şekli			
Epidural analjezili	26 (%100,0)	-	$\chi^2=2,056$ p=0,561
Müdahalesiz doğal	35 (%94,6)	2 (%5,4)	
Suda	9 (%100,0)	-	
Diğer	2 (%100,0)	-	
Vajinal doğum tercih nedeni*			
Doğal doğum olarak gördüğüm için	57 (%98,3)	1 (%1,7)	$\chi^2=24,816$ p=0,678
Anne/bebek için daha sağlıklı olduğu için	58 (%98,3)	1 (%1,7)	
Doğum sonu erken iyileşme olduğu için	64 (%98,5)	1 (%1,5)	
Daha az komplikasyon olduğu için	69 (%95,8)	3 (%4,2)	
Sezaryen olumsuzluğuna tanık olduğum için	19 (%100,0)	-	
Önceki sezaryende olumsuzluk yaşadığım için	1 (%50,0)	1 (%50,0)	
Sezaryenin uzun vade olumsuz etkisi olduğu için	29 (%100,0)	-	
Anestezi/operasyondan korktuğum için	10 (%100,0)	-	

Doktorum istediği için	1 (%100,0)	-	
Eşim istediği için	2 (%100,0)	-	
Doğum sonu erken taburcu olmak için	25 (%96,2)	1 (%3,8)	
Bebegi daha erken emzirebilmek için	40 (%97,6)	1 (%2,4)	
Abdominal cerrahi iz olmaması için	21 (%100,0)	-	
Diğer	1 (%100,0)	-	
Sezaryen doğum tercih nedeni*			
Doğum ağrısı çekmek istemediğim için	12 (%36,4)	21 (%63,6)	
Doğumdan korktuğum için	13 (%48,1)	14 (%51,9)	
Normal doğum başaramayacağım için	8 (%53,3)	7 (%46,7)	
Anne-bebek için daha risksiz olduğu için	10 (%45,5)	12 (%54,5)	
Olumsuz doğumlara tanık olduğum için	15 (%46,9)	17 (%53,1)	
Doğumda olumsuz deneyim yaşadığım için	2 (%33,3)	4 (%66,7)	$\chi^2=11,748$
Epizyotomiden korktuğum için	7 (%38,9)	11 (%61,1)	$p=0,466$
Doğum zamanı ve süresi belli olduğu için	6 (%33,3)	12 (%66,7)	
Kanama riski daha az olduğu için	-	2 (%100,0)	
Daha konforlu-güvenli olduğu için	5 (%22,7)	17 (%77,3)	
Anne-bebek açısından daha sağlıklı olduğu için	-	6 (%100,0)	
Doğum uzun vade olumsuz etkileri olduğu için	42 (%56,8)	32 (%43,2)	
Diğer	2 (%50,0)	2 (%50,0)	
İsteğe bağlı sezaryeni uygunluğu			
Evet	47 (%63,5)	27 (%36,5)	$\chi^2=11,286$
Hayır	46 (%90,2)	5 (%9,8)	$p<0,001$

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Danışanlara önerilecek doğum şekli ile tercih edilen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=49,926$; $p<0,001$). Tercih ettiği doğum şeklinin normal vajinal doğum olan %97,3'ünün danışanlara normal doğum önerdiği, tercih ettiği doğum şeklinin sezaryen olan %58,8'inin danışanlara sezaryen önerdiği belirlenmiştir. Danışanlara normal doğum önerenlerin ağırlıklı olarak tercih ettiği doğum şeklinin normal vajinal doğum olduğu, danışanlara sezaryen önerenlerin ağırlıklı olarak tercih ettiği doğum şeklinin sezaryen olduğu belirlenmiştir. Danışanlara önerilecek doğum şekli ile vajinal doğum şekli, vajinal doğum tercih nedeni ve sezaryen tercih nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Danışanlara önerilecek doğum şekli ile isteğe bağlı sezaryenin uygun olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=11,286$; $p<0,001$). İsteğe bağlı sezaryeni uygun görmeyen %90'sinin danışanlara normal doğum önerdiği, isteğe bağlı sezaryeni uygun gören %36,5'inin danışanlara sezaryen önerdiği belirlenmiştir. Danışanlara normal doğumu önerenlerin yaklaşık olarak yarı yarıya oranda isteğe bağlı sezaryeni uygun bulmadığı, danışanlara sezaryen önerenlerin ise ağırlıklı olarak isteğe bağlı sezaryeni uygun bulduğu belirlenmiştir.

4.7. Katılımcıların Sezaryene İlişkin Düşüncelerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.7. Katılımcıların sezaryene ilişkin düşüncelerinin dağılımı

Değişken (N=125)	n	%
Sezaryen sonrası vajinal doğum düşüncesi		
Riskli/yapılamaz olduğunu düşünme	63	50,4
İlk sezaryen sonrası vajinal doğum yapılabilir	56	44,8
Cevapsız	6	4,8
Sezaryenin anneye olumlu etkileri*		
Vajinal doğuma bağlı genital değişikliklerin olmayışı	88	70,4
İlerlemeyen eylemin olumsuzluğun ortadan kalkması	76	60,8
Non-verteksprezentasyonlar için uygun olması	55	44,0
Preeklamsi-eklemsi tablosunun varlığı	52	41,6
Fetalmakrozominin getireceği risklerin olmaması	61	48,8
Daha önce geçirilmiş uterus cerrahisine fırsat	25	20,0
Sezaryenin anneye olumsuz etkileri*		
Enfeksiyon	93	74,4
Hemoraji	58	46,4
Üriner sistem ve GIS yaralanması	73	58,4
Pulmoneremboli	62	49,6
Maternalmortalite ve morbiditede artma	30	24,0
Anestezi komplikasyonları	72	57,6
Paralitikileus	31	24,8
Negatif sosyal ve mali etkiler	26	20,8
Hasta memnuniyetinde azalma	15	12,0
Emzirme ve bağlanmayı engelleme	67	53,6
Sezaryenin yeni doğana olumlu etkileri*		
Fetaldistres sonucu hızlı doğum planlanması	95	76,0
Prezentasyonanomalisinin varlığı	72	57,6
Maternalenfeksiyonların fetüse geçme riski olmaması	77	61,6
Sezaryenin yeni doğana olumsuz etkileri*		
Yenidoğanın geçici takipnesi	78	62,4
Respiratuardistressendromu	51	40,8
Pulmoner hipertansiyon	21	16,8
Yenidoğan barsak florası gelişiminin yetersiz olması	50	40,0
Hastane de kalış süresinin uzaması	85	68,0
Bebeğin anneyle daha geç iletişim kurma riski	93	74,4

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Katılımcılardan %50,4'ünün sezaryen sonrası normal doğumu riski/yapılamaz olarak gördüğü ve 88'inin (%70,4) sezaryenin anneye vajinal doğuma bağlı genital değişikliklerin olmayışı sebebiyle olumlu etkisinin olacağı belirlenmiştir. 93 kişinin (%94,4) sezaryenin anneye olumsuz etkisi olarak enfeksiyonları gördüğü, 95'inin (%76,0) sezaryenin yeni doğana olumlu etkisinin fetal distres sonucu hızlı doğum planlaması olduğu ve 93'ünün (%74,4) sezaryenin yeni doğana bebeğin anneyle daha geç iletişim kurma riski olumsuz etkisinin olduğu belirlenmiştir.

5.TARTIŞMA

Doğum sonu kliniklerinde görev yapan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, doğum şekli tercih nedenleri ve nedenlerini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bu çalışmaya 36 hekim,59 hemşire ve 30 ebe olmak üzere 125 sağlık personeli katılmıştır. Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular değerlendirilmiş ve bulgular, sağlık personelinin tercih ettiği veya edeceği doğum şeklinin ne olduğu, personelin gerçekleştirdiği doğum şeklinin ne olduğu, katılımcı sağlık personelinin doğum şekline ilişkin düşünceleri, sağlık personelinin kendilerine danışanlara önerdikleri doğum şeklinin ne olduğu ve nedenleri, doğum şekli tercihinin etkileyen faktörler olmak üzere literatür eşliğinde incelenmiştir.

Sağlık Personelinin Gerçekleştirdiği Doğum Şeklinin Tartışılması

OECD'nin 2021 verilerinde 1000 canlı doğumda sezaryen oranı en düşük olan ülke 148 ile İsrail'dir, hemen arkasından benzer oranla 1000 canlı doğumda 152 oranında Hollanda takip etmektedir. Norveç, İzlanda ve İsveç de sezaryen oranları bu iki ülkeyle yakın bulunmuştur.1000 canlı doğum da 586 oranla en yüksek olan ülke Meksika iken, hemen öncesinde 1000 canlı doğumda 573 oran ile Türkiye olmuştur (60). TNSA 2018 verisine göre Türkiye'deki sezaryen doğum oranı %52'dir.Dünya da son beş yılda yapılan çalışmalarda sağlık personelinin sezaryen doğumu gerçekleştirme oranları şu şekildedir;

Corrigan ve ark. (2022) İrlanda'da yaptığı çalışmasında ebelerin %37'si; Shirzad, M., vd (2021), İran sağlık personelinde %47,9; Wu, L. Vd (2022), Tayvan kadın doğum uzmanlarında % 42,3'tür. Türkiye'de son beş yılda bölgesel/yerel yapılan çalışmalarda sağlık personelinin sezaryen doğumu gerçekleştirme oranları şu şekilde bulunmuştur; Kurtoğlu(2021), ebe ve hemşirelerde % 50,5; Değirmenciler (2020), sağlık personelinde %71,5; Taşpınar ve Ünay(2018), sağlık çalışanlarında %74,5'dir.

Bu çalışmada da bölgesel çalışmalarla paralel olduğu görülmekte olup sağlık personelinin sezaryen doğum gerçekleştirme oranı %70 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).Dünya'da yapılmış olan çalışmalar da ise bu oran daha düşük olduğu görülmektedir.

Sağlık Personelinin Tercih Ettikleri/Edecekleri Doğum Şekli ve Nedenleri

Bu çalışmada katılımcıların tercih edecekleri doğum şekli %59,2 oranı ile vajinal doğum olmasına rağmen, doğum yapan katılımcıların %70 oranında doğumlarını sezaryenle gerçekleştirdikleri saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu nedenle bu sonuç ilgi çekicidir. Bunun sebebi olarak; vajinal doğumu

doğal doğum olarak %46,4 oranla görmelerine rağmen, sezaryeni %21,6 oranla doğumdan korktuğu için tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 4.3).

Çalışmamız da tercih edilen/edilecek doğum şeklini mesleklere göre incelediğimizde vajinal doğumu tercih edilme oranları şu şekildedir; hekimlerin %16,2'si hemşirelerin %52,7'si ve ebelerin % 31,1'dir (Tablo 4.4). Sezaryen tercih edilme oranları ise; hekimlerin % 47,1'i, hemşirelerin %39,22'si ve ebelerin % 13,7'dir (Tablo 4.4). Hekimlerin ağırlıklı olarak sezaryen tercih ettiği, hemşire ve ebelerin ise ağırlıklı olarak vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir. Benzer şekilde Aşıcı' nın 2021 yılında kadın hastalıkları ve doğum uzmanları üzerinde yapmış olduğu görüşmeye dayalı çalışmasında da belirttiği gibi; sağlık sistemi ve politikalarındaki hatalar ve eksikliklerin bulunması, hekimlerin yaşadıkları ve gelecekte yaşayabilme ihtimali yüksek olan hukuki sorunlar, hekimlerin sezaryen operasyon kararında etkili olabilecek kişisel etkenler ve hastalardan kaynaklanan faktörler sonucu hekimlerin sezaryen tercihinde oldukları düşünülmektedir (57).

Gebelerin kendi isteği olan sezaryen tercihi nedeni çoğunlukla bilgi karmaşasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum çalışmada bulunan ,sezaryen tercih nedenleri arasındaki; doğum sürecinden korkma, vajinal doğum yapmayı beceremeyeceğini düşünme, sezaryenin daha konforlu-güvenli olduğunu düşünme, anne bebek için daha risksiz olması gibi nedenlerden ötürü kadınların bu konularda bilgi eksikliği/ karmaşası mevcut olduğu görülmektedir. Çalışmamızda bu yanıtları yüksek oranda veren kişiler sağlık personeli olduğu görüldüğünden sağlık personeli olmayan bireylerin de benzer nedenleri daha yüksek oranda düşünmesi çok olası görülmektedir.

Çalışmada vajinal doğumu tercih eden katılımcıların en çok tercih etme nedeni olarak daha az komplikasyon %57,6 şeklinde belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Literatüre bakıldığında ise sağlık personelinin vajinal doğumu tercih nedenlerinin sorgulandığı çalışmalarda; Temizkan ve Mete (2020) vajinal doğumu, doğal (%84,6) ve bebek sağlığı için daha yararlı (%23,5) olduğu için (77); Tektaş ve ark. (2018) anne açısından daha sağlıklı olduğu için, (%86,6) (78); Yüksel ve ark.(2016) erken iyileşme ve hızlı eve dönüş olduğu için (%62,44) tercih ettiklerini (79) ayrıca Elkin (2016) araştırmasında tüm bu çalışma sonuçlarına paralel olarak katılımcıların çoğunluğunun vajinal doğumu, doğal ve anne sağlığı açısından iyi olduğu için tercih ettiklerini bildirmişlerdir (86).

Uçar ve Gölbaşı (2015) yaptığı literatür taramasına göre doğum eylemi sonucu önceden tahmin edilemeyen ve belirsizliklerin olduğu ani bir süreç olarak belirtilmektedir. Gebelerin çoğunluğu vajinal doğum sürecinin belirsizlik taşıdığı, bazen saatlerce ağrı çektikten sonra ancak sezaryen kararı verilebildiği ve gerçekleşen doğumun sonunda ne gibi sonuçları olacağını önceden bilememesi sebebiyle endişe ve kaygı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (41). Çalışmamızda, doğum zamanı ve süresi belli olduğu için sezaryen doğumu tercih ettiğinin ifade edenler %14,4 oranında bulunmuştur (Tablo 4.3). Çalışmamızda sezaryeni tercih eden katılımcıların en çok tercih etme

nedeni %80,8 oranla vajinal doğumun uzun vadede olumsuz etkilerinin olacağı olarak bulunmuştur (Tablo4.3). Literatüre bakıldığında; sezaryen tercih edenlerin, Temizkan ve Mete (2020)'nin %58,3'ünün doğum ve ağrıdan korktuğu için (77); Tektaş ve ark. (2018) sezaryenin bedenin daha az bozulmasına(%7) yol açacağı için (78); Yüksel ve ark.(2016) %56,25 oranında vajinal doğum yapmayı korkutucu buldukları için (79); Elkin (2016) %26,9'unun sezaryenin kişinin tercihiyle, %73,1'inin (86) ise tıbbi endikasyon nedeniyle tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Sağlık Personelinin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Nedenler

Ünay ve Taşpınar (2017) çalışmalarında sezaryen tercihinin etkileyen faktörler olarak; ağrı/normal doğum korkusu" (%23,7), "bebeği riske atmak istenmemesi" (%21,8) ve "doktor önerisi"(%18,5) olarak belirtmişlerdir (15). Aşıcı (2021)'nın kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile derinlemesine görüşme yoluyla yapmış olduğu çalışmada katılımcılar, doğum korkusu olan gebelerin daha fazla sezaryen doğuma yöneldiklerini, daha önce olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınlarda da bu korku nedeniyle sezaryen doğum ısrarıyla karşılaştıklarını belirtmiştir(57).Çalışmamızda sezaryen tercih nedeni doğum ağrılarını çekmek istemediğim için (%26), doğumdan korktuğum için (%21,6) ve olumsuz vajinaldoğumlara tanık olma (%25,6) şeklindedir (Tablo 4.3).

Sezaryen tercih etme nedenini etkileyen bir diğer faktör ise isteğe bağlı sezaryendir. İsteğe bağlı sezaryen, obstetrikte devam eden küresel bir ilgi odağı olmaya devam etmekte olan bir konu olarak ele alınmaktadır. Birçok açıdan tartışmalı bir konu olması sebebiyle ulusal ve uluslararası kuruluşların fikir beyan ettiği bir konu olan anne talebine bağlı sezaryenin kabul edilebilmesi ile ilgili yıllardır çeşitli fikir alışverişlerinde bulunulmuştur. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of GynecologyandObstetrics - FIGO)komitesi üreme ve kadın sağlığında etik görüşler çalışmasında, hâlihazırda sezaryen ile doğumun kesin olarak yararını gösteren kanıtlar olmadığından, tıbbi nedenler dışında yapılan sezaryen etik olarak geçerli olmadığı vurgulanmıştır (75). 2015 yılından itibaren tek çocuk politikası yerine iki çocuk politikasına geçilmiş olan Çin'de, araştırmalar sezaryen vakalarının %24.6-%28.4'ünün herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın annenin isteği baz alınarak yapıldığını göstermektedir(73,74).

Aref, Adibve ark. (2018) tarafından kadın hastalıkları ve doğum kursiyerlerinin anne isteği nedeniyle sezaryenle doğuma yönelik tutumlarının ölçüldüğü çalışmasında isteğe bağlı sezaryeni uygun bulma oranı %29,6 olarak bulunmuştur (83). Chigbu ve ark. (2010) tarafından Nijerya' da yapılan araştırma sonucunda kadın doğum uzmanlarının %53,1'i anne özerkliğine saygı nedeniyle isteğe bağlı sezaryeni uygun bulmuşlardır (84). Kurtoğlu (2021)ebe ve hemşirelerin sadece %29,6'sı sezaryenin kadınlar için bir seçim hakkı olup isteğe bağlı sezaryenin uygun olduğunu

bulmuştur (86).Değirmenciler (2020) yaptığı araştırma da sağlık personelinin %43,4'ü sezaryeni isteğe yönelik olarak gerçekleştirmiştir(63).Yıldırım (2018) "Tıbbi endikasyon olmadan isteğe bağlı sezaryen doğum yapılmalı mıdır" sorusuna; kadın hekimlerin %37,5'i (n=20), ebelerin %36,6'sı (n=52) ve hemşirelerin %42,3'ü (n=127) evet cevabını verdiği bulunmuştur (34).Çalışmamızda isteğe bağlı sezaryeni hekimlerin 36,5'i hemşirelerin 54,4'ü ve ebelerin %9,5'i isteğe bağlı sezaryeni uygun gördüğü bulunmuştur (Tablo 4.4). Hem çalışmamız sonucunda hem de yapılan diğer çalışmaların sonucunda isteğe bağlı olarak sezaryen doğuma sağlık personelinin uygun bulunduğu anlaşılmıştır. Sezaryenin isteğe bağlı olarak sağlık personeli tarafından, uygun olmadığı konusunda farkındalık kazandıracak eğitimlerin eksik olduğu düşünülmektedir. Bonzon ve ark (2017)'nın yaptıkları çevrimiçi anket araştırmasında, bakım veren sağlık personelinin sezaryen sonrası vajinal doğum şekli ile ilgili önerileri, kadınların bu konudaki tercihlerini etkilediği ve gebelikte hemşire ve ebe bakımının sezaryen sonrası vajinal doğumu tercih etmede en önemli belirleyici olduğu bulunmuştur. Bulunan bu sonuç, hemşire ve ebeler antenatal bakımının, kadınların sezaryen sonrası vajinal doğumu tercih etmelerinde anahtar bir faktör olabileceğini göstermektedir (76). Doğum uzmanları ve ebeler sezaryen kararı verme sürecine doğrudan dâhil olurlar, bu nedenle sezaryen kararı vermede etkili olan çeşitli faktörlerin anlaşılmasında onların bakış açıları hayati önem taşır. Bu sonuçlar, sağlık personelinin sezaryen için karar verme sürecinde önemli üyeler olarak rollerini belirlemelerine ve gelecekte sezaryen oranlarını azaltmak için müdahale çalışmaları geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir (87).

Sağlık Personelinin Danışanlara Önerilecek Doğum Şekli

Okumuş ve Vatansever (2013) doğum şekli tercihi hakkında gebelerin %38,7' si hekimin, %25'inin hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı kendisi ile eşinin birlikte ve %20,2' sinin ise kendisi ile birlikte sağlık personelinin birlikte karar vermesi gerektiğini düşündükleri bulunmuştur. Ülkemizde, doğumun birincil yöneticisi ve gebelik izlemelerini çoğunlukla gerçekleştiren kişinin hekim olması nedeni ile kadınların çoğunlukla karar vericinin doktor olması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmadaki gebelerin çoğunlukla hekim tarafından izlenmeleri ve ülkemizde tüm hastalıklarda hekim kararı çok önemli olduğu için bu sonucun çıktığı düşünülmüştür. Çalışmamızda danışanlara vajinal doğum önerenlerin %97,3'ü tercih ettiği doğum şeklinin vajinal doğum olduğu, danışanlara sezaryen öneren %58,8'inin de tercih ettiği doğum şeklinin sezaryen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık personelinin doğum şekli tercihi, tercih nedenleri ve tercih nedenlerini etkileyen faktörler araştırılmış ve elde edilen bulgulara aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

6.1.Sonuçlar

- Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $27,42 \pm 5,19$ (yıl) 'dır
- Çalışmaya katılanların mesleki dağılımı 36 kişi hekim, 59 kişi hemşire ve 30 kişi ebe şeklindedir.
- Çalışmaya katılan 20 kişi doğum yapmış olup; vajinal doğum gerçekleştirenlerin oranı %30, sezaryen gerçekleştirilme oranı ise %70'tir.
- Çalışmaya katılanlardan vajinal doğumu kendisi/eşi için tercih edenlerin %65,4 'ü kadın, sezaryeni kendisi/eşi için tercih edenlerin 77,8'i erkek olduğu belirlenmiştir. Kadınların ağırlıklı olarak vajinal doğum tercih ettiği, erkeklerin ise ağırlıklı olarak sezaryeni tercih ettikleri belirlenmiştir.
- Kadın doğum kliniklerinde görevli sağlık personelinin (hekim, hemşire ve ebeler) tercih edecekleri doğum şekli %59,2 ile vajinal doğum, %40,8 ile sezaryen doğum olarak belirlenmiştir.
- Kadın doğum kliniklerinde görevli hekim, hemşire ve ebelerin mesleklere göre vajinal doğumu tercih etme oranları hekimlerde %16,2 hemşirelerde %52,7 ve ebelerde %31,1' dir. Sezaryeni tercih etme oranları hekimlerde %47,1 hemşirelerde %39,2 ve ebelerde %13,7 şeklindedir. Çalışmaya katılan hekimlerin ağırlıklı olarak sezaryeni tercih ettiği, hemşire ve ebelerin ise ağırlıklı olarak vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir.
- Vajinal doğumu tercih edenler % 57,6 oranındada az komplikasyon olması nedeniyle, sezaryeni tercih edenler ise % 80,8 oranındavajinal doğumun uzun vadede olumsuz etkileri olması sebebiyle tercih edildiği belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılanlardan tercih ettiği doğum şekli vajinal doğum olan %97,3'ünün danışanlara vajinal doğum önerdiği, tercih ettiği doğum şekli sezaryen olan %58,8'inin ise danışanlara sezaryen önerdiği belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılanlardan isteğe bağlı sezaryeni uygun görmeyen %90'sının danışanlara normal doğum önerdiği, isteğe bağlı sezaryeni uygun gören %36,5'inin danışanlara sezaryen önerdiği belirlenmiştir.

- Çalışmaya katılanlardan isteğe bağlı sezaryen uygun olduğunu düşünenlerden %54'ünün hemşire, uygun olduğunu düşünmeyen %45,1'inin ebe olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin ve hemşirenin ağırlıklı olarak isteğe bağlı sezaryeni uygun gördüğü, ebelerin ise ağırlıklı olarak isteğe bağlı sezaryeni uygun görmediği belirlenmiştir.

6.2.Öneriler

Gebelerin doğum şekline karar verme sürecinde önemli bir etken olan sağlık personelinin bu aşamada doğum şekli ile ilgili tercih ve düşüncelerinin belirlenmesinin gelecekte sezaryen oranlarını azaltmak için müdahale çalışmalarına ışık tutabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda öneriler şu şekildedir;

- Kendi tercihlerinde sezaryeni tercih eden tüm sağlık personelinin özellikle hekimlerin, gebelerin de sezaryenle doğum yapmalarına olumlu bakacakları ve sezaryen doğum oranlarının bu nedenle azaltılamayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle anne-baba adayları olan sağlık personelinin özellikle hekimlerin, doğuma hazırlık eğitimlerine katılmaları için teşvik edilmesi, vajinal doğuma yönelik algılarının olumlu şekilde olmasını sağlamak yönünden önerilir.
- Tıp, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin de doğum şekline yönelik tercihleri belirlenerek henüz eğitim aşamasındayken algılarının vajinal doğumun olumlu yönlerinin belirlenmesi konusunda farkındalık eğitimlerinin verilmesi önerilir.
- Çalışmada sağlık personelinin isteğe bağlı sezaryen hakkındaki düşüncelerinin de olumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu düşüncenin, gelecekteki sezaryen doğum oranlarını etkilemesi ihtimaline karşın değiştirilmesi konusunda farkındalık çalışmalarının yapılması önerilir.
- Çalışmada sezaryeni tercih edenler, tercih nedenini olarak doğum ağrılarını çekmek istememe olarak belirtmişlerdir. Doğum öncesi hazırlık sınıflarında doğum ağrılarının nasıl kontrol edilebileceği konusuna ağırlık verilmesi ve sağlık personelinin bu sınıflara katılımının sağlanması doğum korkunun giderilmesi açısından önerilir.
- Çalışmada normal doğum yapmayı başaramayacağını düşünen katılımcıların %12'sinin, doğum öncesinde bilgilendirilmesi, doğum ekibi ile uyumlu bir şekilde kendine düşen görevleri yerine getirebilmesini kolaylaştıracaktır bu nedenle sağlık personelinin meslektaşlarına doğum öncesi ve sonrası süreçler hakkında bilgilendirme yapması önerilir.
- Çalışmada sezaryen doğum oranı %70 olarak bulunmuş olup bu oranın bir kısmının tıbbi endikasyon sonucu (ilerlemeyen eylem vs.) sezaryen olduğu düşünülmektedir. Bu durumun

daha sonraki çalışmalarda araştırılması, tercih nedenine bağlı sezaryen oranlarının net olarak ortaya çıkarılması yönünden önerilir.



KAYNAKLAR

1. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18-49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. Anadolu Klinikleri. 2016;21(2):119-128.
2. Rathfisch G. Doğal doğum felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri. 2012;1(256):101-103.
3. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı 2009,Ankara
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017
5. Shaw D, Guise JM, Shah N, Danielsson KG, Joseph KS, L B, ve ark. Drivers of maternitycare in high-incomecountries: can health systems supportwoman -centredcare?. Lancet. 2016;388(10057):2282–2295.[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6)
6. Huang K., Tao F., Faragher B., Raven J., Tolhurst R., Tang S., van den Broek N. A mixed-method study of factor sassociated with differences in cesareans ectionrates at community level: The case of rural China. Midwifery.2013;29(8):911-20.
7. Penn Z., Ghaem-Maghami S. Indications for caesareansection. Best PractResClinObstet Gynaecol,2001;15(1):1-15.
8. Jolly N. Cuttingthroughthediscussion on caesarean delivery: birth practices as social practices, Health Sociology Review,2018; 27(1):1-14
9. D'Cruz, Lourdes, Christina L. Child birth expectations: an australian study of young childlesswomen. Journal Of Reproductive And İnfant Psychology. 2014;32(2):199-211.
10. Department of Reproductive Healthand Research World Health Organization Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
11. Korkut S, Kaya N. Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2019;6(1): 144-152
12. WHO (World Health Organization). WHO recommendationsnon-clinical intervention store duce unnecessary caesarean sections. 2018.
13. Bhatia M, Dwivedi L, Banerjee K, Dixit P. An epidemic of avoidablecaesareandeliveries in the privatesector in india: is physician-induceddemand at play?. Social Science&Medicine. 2020;265(113511).
14. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, Zhang J, Musana O, Wanyonyi SZ, Gülmezoglu AM, Downe S. Intervention store duce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. Lancet.2018 13;392(10155):1358-1368.

15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Tübitak, 2018 Ankara, Türkiye. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 2019 ss:115(erişim tarihi:30.05.2022)
16. Ünay V. Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2018; 27(3): 190-196.
17. Duman Z, Köken GN, Şahin FK, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Dergisi. 2007;15(1):7-11.
18. WHO. Care in normal birth: a practicalguide. Technical WorkingGroup, World Health Organization. Birth. 1997; 24(2):121-3.
19. Taşkın L. Doğum ve Kadın sağlığı Hemşireliği: Akademisyen Kitapevi, Ankara 2021,17 baskı:15-17.
20. Cunningham, FG. and JW. Williams, Williams obstetrics 23nd edition. New York: McGraw-Hill Medical;2010.
21. Guyton, A.C. andHall, J.E. Textbook of MedicalPhysiology. 11th Edition, Elsevier Saunders, Amsterdam;2006
22. World Health Organisation, Individualized, supportivecarekeytopositvechildbirthexperience, WHO, Geneva, 2018a.
23. Logsdon K, and Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch “Natural” child birth. Midwifery 2017; 55: 67–74.
24. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versusnon-epidural ornoanalgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; 7 (12).
25. ACOG. Medications for painrelief during labor and delivery. ACOG FAQ086, 2017a
26. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versusnon-epidural ornoanalgesia in labour. Cochrane Database of SystematicReviews 2011; 7 (12).
27. Leighton BL, and Halpern SH. Theeffects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematicreview. AmericanJournal of ObstetricsandGynecology 2002; 186 (5): 69–77.
28. Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Rodríguez-Pradera S, Gutierrez-Martí MJ, Escuriet R. Relationbetween epidural analgesiaand severe perineallaceration in childbearingwomen in catalonia. Midwifery 2019; 70: 76–83.
29. Elizabeth R Cluettand Ethel Burns Immersion in water in labour and birth Cochrane Veritabanı Sistemi Rev. 2018; 2018(5) erişim:27.09.2022 23.15

30. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi;2010, Ankara: Damla matbaacılık
31. Şentürk Erenel A. , Pelit Aksu S. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Neden ve Hangi Koşullarda?.Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(3): 235-242
32. Huang X., Lei J., Tan H., Walker M., Zhou J., Wen SW. Cesarean delivery for firstpregnancyand neonatal morbidityandmortality in secondpregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011;(2):204-8.
33. Penn Z., Ghaem-Maghamsi S. Indications for caesareansection. Best Prac tRes Clin Obstet Gynaecol.2001; 15(1):1-15.
34. Kısa Yıldırım, Ç. Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri Ve Normal Doğuma Bakış Açıları, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı;2018
35. World HealthStatistics, 2014 erişim: 05.12.2022
36. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr>
37. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mentalhealth in mothers: theobstetric-psychiatricin terface. ClinObstetGynecol. 2004 Sep;47(3):527-34.
38. Serçekuş, P., Okumuş, H. Fearsas sociated with childbirt hamong nulliparous women in Turkey. Midwifery.2009; 25, 155–162.
39. Gözükar A. , Eroğlu P. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2008; 15(1): 32-46.
40. Potter JE., Berquo E., Perpetuo IHO., Leal OF., Hopkins K., Souza MR., Formiga MCC. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospectivestudy. BMJ.2001; 323: 1155.
41. Uçar T. , Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. Annals of HealthSciencesResearch. 2015; 4(2): 54-58.
42. Hauck YL, Stoll KH, Hall WA, Downie J. Associationbetweenchildbirthattitudesandfear on birth preferences of a future generation of Australianparents. WomenBirth. 2016; 29 (6): 511-517
43. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, LumbiganonP, Gruen RL, Betran AP. Non-clinicalinter ventions for reducing unnecessary caesarean section. CochraneAmericanCollege of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Surgery and patientchoice: the

- ethics of decision making. *Obstet Gynecol.* 2003 Nov;102(5 Pt 1):1101-6. Database of SystematicReviews 2018; 9.
44. Arcia A. US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery* 2013; 29 (8): 885–894
 45. Miller AC, and Shriver TE. Women's child birth preference and practices in the United States. *SocSciMed* 2012; 75 (4): 709-716.
 46. Stoll KH, Hauck YL, Hall WA. Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women Birth.* 2016; 29: (1)
 47. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *Birth* 2010a; 37 (1): 21–27.
 48. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health* 2013; 14: 10 (1): 2.
 49. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth.* 2014 Dec;41(4):384-94.
 50. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstet Gynecol.* 2003 Nov;102(5 Pt 1):1101-6.
 51. Estimating the Rate of Cesarean Section by Maternal Request: Anonymous Survey of Obstetricians in Australia 2009; 36 (3):208–212. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00331.x.
 52. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG.* 2006 Jun;113(6):647-56
 53. Farrell SA, Baskett TF, Farrell KD. The choice of elective cesarean delivery in obstetrics: a voluntary survey of Canadian healthcare professionals. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005 Sep-Oct;16(5):378-83.
 54. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG.* 2006 Jun;113(6):647-56.
 55. Arıkan DC, Özer A, Arıkan İ, Coşkun A, Kıran H. Türk kadın doğum uzmanlarının annenin isteği üzerine doğum şekline ilişkin kişisel tercihleri ve sezaryen doğuma yönelik tutumları. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 284 (3):543–549. doi: 10.1007/s00404-010-1682-z.

56. Astepe BS, Ayaz R, Köleli İ, Yücedağ M, Yılmaz Ö, Uzel K. Turkish obstetricians' self-birth preferences, attitudes and practices towards caesarean section on maternal request and vaginal birth after caesarean section: a national online survey. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology* . 2022;42(6):2033-2038.
57. Aşıcı N. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sezaryen doğum yöntemi ile ilgili görüş ve düşünceleri: nitel bir çalışma, sakarya ili örneği [Doktora tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2021.
58. Koken, G., Cosar, E., Sahin, F. K., Arioz, D. T., Duman, Z., & Aral, I. Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*. 2007; 99(3), 233-235.
59. Smith, V., Hannon, K., & Begley, C. Clinician's attitudes towards caesarean section: A cross-sectional survey in two tertiary level maternity units in Ireland. *Women and Birth*. 2022; 35(4), 423-428.
60. OECD. health at a glance [internet]. Oecd-İlibrary; 2021 [Erişim tarihi: 10.03.2023]. Erişim adresi: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
61. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınları İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2014; 19: 122-5.
62. Demirbaş, M., Karabel, M. P., & İnci, M. B. Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018; 7(4), 158-163.
63. Değirmenciler B. Sağlık personelinin doğum şekli tercihi, tercih nedenleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2020.
64. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA. Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Med J*. 2014; 3, 1-7
65. Uçkan K. , Uçkan T. Kliniğimizdeki Dört Yıllık Doğum Verileri ve Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2020; 17(1): 285-290.
66. Maskey S, Bajracharya M, Bhandari S. Prevalence of Cesarean Section and Its Indications in A Tertiary Care Hospital. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2019; 57(216): 70-73.
67. Da Silva Charvalho, P., Hansson Bittar, M., & Vlado Stjernholm, Y. Indications for increase in caesarean delivery. *Reproductive health*. 2019; 16(1), 72.
68. Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P., & Temmerman, M. (Short-term and long-term

- effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet* 2018; 392(10155), 1349–1357
69. NG. Caesarean birth [internet]. Ulusal Sağlık Ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü; 2021 [Erişim tarihi: 31.03.2023]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
70. Korkut S. Kaya N. Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*.2019; 6(1), 144-152.
71. Özer Yurdal N. E. , Gercek E. Sezaryen Doğuma Etik İlkeler Kapsamında Hemşirelik Yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2021; 7(1): 97-119.
72. Aktaş S. , Yılar Z. Annelerin Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel Araştırma Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(1): 111-124.
73. Hou L, Li G, Zou L, Li C, Chen Y, Yuan Y et al. Cesarean delivery rate and indications in mainland China: a cross sectional study in 2011. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2014;49:728–35.
74. Liu Y, Li G, Chen Y, Wang X, Ruan Y, Zou L et al. A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:410.
75. Dölen İ. Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği*, Ankara, 2011; 2:69.
76. Bonzon, M., Gross, M. M., Karch, A., & Grylka-Baeschlin, S. Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section—an online survey investigating women's preferences in Western Switzerland. *Midwifery*.2017; 50, 219-227.
77. Temizkan E, Mete S. Primipar Gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2020;17(2):112- 119.
78. Tektas E, Bozkurt G, Ergin E, Sezgin S. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*. 2018;43(1):63-69
79. Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Şahin Aker S, Koç A. The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016;13(3):127-131.
80. Duman Z. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri [Yüksek lisans tezi]. Afyon: Kocatepe Üniversitesi; 2006.
81. Aslan Y, Kader Ş, Mutlu M, Sarıaydın M, Aran T, Alver A, Kahraman C. The effect of delivery type on uncoupling protein-2 levels. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;29: 2940-2943
82. Shirzad, M., Shakibazadeh, E., Hajimiri, K., Betran, A. P., Jahanfar, S., Bohren, M. A., Opiyo, N., Long, Q., Kingdon, C., Colomar, M., & Abedini, M. . Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in Iran: a mixed-methods systematic review. *Reproductive health*.2021; 18(1), 3.

83. Aref-Adib, M., Vlachodimitropoulou, E., Khasriya, R., Lamb, B. W., & Selo-Ojeme, D. UK O&G trainees' attitudes to caesarean delivery for maternal request. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2018;38(3), 367–371.
84. Chigbu CO, Ezenyeaku CC, Ezenkwele EP. Obstetricians' attitudes to caesarean delivery on maternal request in Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30(8):813-7.
85. Kurtoğlu DT. Ebe ve hemşirelerin doğum şekli ve tercihlerini etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]. Karabük: Karabük Üniversitesi; 2021.
86. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18-49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği*. 2016;21(2):119-128
87. Panda, Sunita, Cecily Begley, and Deirdre Daly. "Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and meta-synthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies." *PloS one* 2018; 13,7: e0200941.
88. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dergipark*. 2013;6(2):81-87
89. Cesarean Child birth (1981). National Institutes of Health, 82- 2067:351–74.
90. Schoorel, E.N.C. Van Kuijk S.M.J. Melman S., Nijhuis J.G., Smits L.J.M., Aardenburg, R. et al. Vaginal Birth After a Caesarean Section: The Development of a Western European Population-Based Prediction Model for Deliveries at Term. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121:194-201
91. Satılmış İG, Aktaş S. Dünyada doğumda uygulanan girişimlerde iki uç durum: “çok az-çok geç” ve “çok fazla-çok erken” yapılan uygulamalar. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2023;6(1):205-218
92. Özkan S. , Aksakal F. , Avcı E. , Civil E. , Tunca M. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*. 2013; 11(2): 59-71.
93. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Sezaryen Klinik Protokolü, Ankara, 2022
94. DA, Gökgöz N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Dergipark*. 2015;4(1):65-82.
95. Lothian JA. Listen Up: What We Can Learn From Women's Birth and Postpartum Experiences. *The Journal of Perinatal Education*. 2014;23(1), 3–5
96. Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, Ayhan F. Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörleri. *Journal of Health Science and Profession* 2018, 5(3), 342-352
97. Yıldırım A. Clinical ethics. Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. editör. *Obstetrics and ethics*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 2001; s. 585-591.

98. Aktaş D, Gönenç İM. Sezaryen ve etik. Türkiye Klinikleri. 2011; 19(3):186-95
99. Loke, A.Y., Davies, L., Li, S., “Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model.2015; 15:274
100. Aydemir Gedük E. Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(2): 253-258.
101. Açıkgöz G., Baykal U. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hemşirelerin Mesleki Roller Ve Özerklik. Istanbul Kent University Journal of Health Sciences. 2023; 2(1): 29-34.

EK 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?

2.Cinsiyetiniz nedir?

(a) Kadın (b) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

(a) Evli (b) Bekar

3. Öğrenim durumunuz nedir?

(a) Lise (b) Ön Lisans (c) Lisans (d) Yüksek Lisans (e) Doktora ve üstü.

4. Mesleğiniz nedir?

(a) Hekim

(b) Hemşire

(c) Ebe

5.Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

a) < 5 yıl b) 5-10 yıl c) >10 yıl

6. Gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

a)gelir giderden fazla b)gelir giderden az c)gelir gidere eşit

7.Çocuğunuz var mı? (cevabınız hayırsa 9. soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

8. Çocuğunuz varsa gerçekleştirdiğiniz doğum şekli nedir?

a) Normal vajinal doğum b) Sezaryen

9.Size danışan kadınlara önereceğiniz doğum şekli nedir?

a) Vajinal doğum b) Sezaryen

EK 2. Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenlerini Sorgulama Formu

DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ VE NEDENLERİNİ SORGULAMA FORMU

1. Kadınsanız kendiniz, erkekseniz eşiniz için tercih ettiğiniz /edeceğiniz doğum şekli hangisidir?

a) Vajinal Doğum

b) Sezaryen *** (Cevabınız sezaryen ise 4. Soruya geçiniz.)

2. Vajinal doğumu tercih ediyorsanız nasıl yapılmasını istersiniz?

a) Epidural anestezili vajinal doğum

b) Müdahalesiz (Doğal) vajinal doğum

c) Suda doğum

d) Diğer... (belirtiniz)

3. Vajinal doğum yapma /tercih etme nedeninizi belirtiniz? **Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.

a) Doğal doğum olarak gördüğüm için

b) Anne ve bebek açısından daha sağlıklı olduğunu düşündüğüm için

c) Doğum sonu dönemde erken iyileşeceğimi düşündüğüm için

d) Daha az komplikasyon (kanama, enfeksiyon vb) yaşandığı için

e) Sezaryen doğumlarla ilgili olumsuzluklara tanık olduğum/duyduğum için

f) Önceki sezaryen doğumda olumsuzluk yaşadığım için

g) Enfeksiyon riski az olduğu için

h) Kanama riski az olduğu için

i) Sezaryenin uzun vadede olumsuz etkileri olacağını düşündüğüm için

j)Anestezi ve operasyondan korktuğum için

k)Doktorum istediği için

l)Eşim istediği için

m)Yakın çevrenin etkisi olduğu için (anne, kayınvalide vb)

n)Doğum sonu erken taburcu olmak için

o)Bebeği daha erken emzirebilmek için

p)Abdominal cerrahi iz olmaması için

q)Diğer...(açıklayınız)

3.1.Yaptığınız(ya da eşinizin yaptığı) vajinal doğum ile ilgili memnuniyet durumunuzu belirtiniz (1'den 5' e kadar memnuniyet durumunuzu puanlayınız.)

Doğum yapmadı isenizbu soruyu geçiniz

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Hiç memnun değilim

Çok memnunum

4. Seçtiğiniz/Sececeğiniz sezaryen doğum için nedeninizi belirtiniz**Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.

a) Doğum ağrılarını çekmek istemediğim için

b) Doğumdan korktuğum için

c) Normal doğum yapmayı başaramayacağımı düşündüğüm için

d) Anne – bebek için daha risksiz olduğunu düşündüğüm için

e) Olumsuz normal doğumlara tanık olduğum/ duyduğum için

- f) Önceki vajinal doğumda olumsuz deneyim yaşadığım için
- g) İleride üreme organlarında sarkma problemi yaşamamak için
- h) İleride idrar kaçırma problemi yaşamamak için
- h) Üreme organlarının görüntüsünün bozulacağını düşündüğüm için
- j) Cinsel yaşamımın olumsuz etkileneceğini düşündüğüm için
- k) Epizyotomiden korktuğum için
- l) Doğum zamanı ve süresi belli olduğu için
- m) Kanamalarının daha az olması
- n) Daha konforlu- güvenli olduğunu düşündüğüm için
- o) Anne-bebek açısından daha sağlıklı olduğunu düşündüğüm için
- t) Normal doğumun uzun vadede olumsuz etkileri olacağını düşündüğüm için
- u) Diğer.....

4.1.Yaptığınız sezaryen doğum(ya da eşinizin yaptığı) ile ilgili memnuniyetdurumunuzu belirtiniz
(1'den 5' e kadar memnuniyet durumunuzu puanlayınız.)

Doğum yapmadı iseniz bu soruyu geçiniz

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Hiç memnun değilim

Çok memnunum

5.Sezaryen operasyonunun tıbbi gerekçeler olmadan yalnızca isteğe bağlı olarak yapılmasını uygun buluyor musunuz?

- a) Evet (nedeni...)
- b) Hayır (nedeni...)

6.Sizce, tıbbi gerekçeler olmadığı durumlarda sezaryen doğum şekli kadınlar için bir seçim hakkı mıdır?

- a)Evet (nedeni)
- b) Hayır (nedeni)

7.Sağlıklı bir gebelikte normal vajinal doğum sizce kim tarafından yaptırılmalıdır?

- a) Doktor (nedeni...)
- b) Ebe (nedeni...)

8. Sezaryen sonrası sağlıklı bir gebelikte vajinal doğum konusundaki düşünceleriniz nedir?

- a) Sezaryen sonrası vajinal doğumun riskli/yapılamaz olduğunu düşünüyorum.
- b) İlk sezaryen sonrası vajinal doğum yapılabileceğini düşünüyorum
- c) diğer

9.Sezeryan doğumun anne sağlığına getireceği olumlu etkiler nelerdir?* birden fazla işaretleme yapabilirsiniz

- a.vajinal doğuma bağlı oluşan genital değişikliklerin olmayışı
- b.ilerlemeyen eylemin getirebileceği olumsuzlukların ortadan kaldırılması
- c.non-verteksprezentasyonlar için uygun olması
- d.preeklemsi-eklemsi tablosunun varlığı
- e.fetalmakrozominin getireceği risklerin olmaması

f.Daha önce geçirilmiş uterus cerrahisine fırsat vermesi (Sezaryen, diğer operasyonlar)

g.diğer

10.Sezeryan doğumun anne sağlığına getireceği olumsuz etkiler nelerdir?* birden fazla işaretleme yapabilirsiniz

a)Enfeksiyon

b)Hemoraji

c)Üriner sistem ve gastro-intestinal sistem yaralanması

d)Pulmoneremboli

e)Maternalmortalite ve morbiditede artma

f)Anestezi komplikasyonları

g)Paralitikileus

h)Negatif sosyal ve mali etkiler

i)Hasta memnuniyetinde azalma

j)Emzirme ve bağlanmayı engelleme

k)diğer

11) Sezeryan doğumun yeni doğan sağlığına getireceği olumlu etkiler nelerdir?* birden fazla işaretleme yapabilirsiniz

a)Fetaldistres sonucu hızlı doğum planlanması

b)Prezentasyonanomalisinin varlığı

c)Vertikal geçişli maternalenfeksiyonların fetüse geçme riskinin olmaması

d)diğer

12)Sezeryan doğumun yeni doğan sağlığına getireceği olumsuz etkiler nelerdir?* birden fazla işaretleme yapabilirsiniz

- a) Yenidoğanın geçici takipnesi
- b) Respiratuar distress sendromu
- c) Pulmoner hipertansiyon
- d) Yenidoğan barsak florası gelişiminin yetersiz olması
- e) Hastane de kalış süresinin uzaması
- f) Bebeğin anne ile daha geç iletişim kurma riski
- g) Diğer.....



EK 3: PROJE ONAYI VE ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.09.2022-159388



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı :E-94603339-604.01.02-159388

Konu :Proje Onayı

13.09.2022

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Bülşra Şevval Korkmaz tarafından yürütülecek olan KA22/306 nolu "Kadın doğum kliniklerinde çalışan bekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, tercihlerin nedenleri ve bu tercihlerin nedenlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/09/2022 tarih ve 22/166 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Kurul Başkanı

Bu belge, güncel elektronik arşiv ile eşdeğerdir.



1993

BASKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA22/306	22/166	07/09/2022

Hemşirelik Anabilim Dalı / Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra Şevval Korkmaz tarafından yürütülecek olan KA22/306 nolu "Kadın doğum kliniklerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, tercihlerin nedenleri ve bu tercihlerin nedenlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Ek 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Hekim ,Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekli Tercihleri, Tercih Nedenleri ve Tercihleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 120'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kadın doğum kliniklerinde çalışan doktor, ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihini, tercih nedenlerini ve tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. Kadın doğum kliniğinde hekim, hemşire veya ebe olarak çalışmanız,
2. Okuma yazma bilmeniz
3. Türkçe bilmeniz

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenlerini Sorgulama Formları kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplanacaktır

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırmaya doğru veri sağlamaktır.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Ülkemizde endikasyon dışı isteğe bağlı yapılan sezaryen ile doğumların azaltılması ve sezaryen sıklığının DSÖ önerileri sınırlarında tutmak amaçlanmaktadır. Doğum yöntemi seçimi, anne ve bebek sağlığı açısından çok önemli karar olup hem kadının hem de bebeğin sağlık durumunu etkileme potansiyeli nedeniyle üzerinde durulması gereken bir olgudur .Doğum yöntemi seçiminde önemli bir yer tutan sağlık profesyonellerinin kendi görüşlerinin saptanması sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik bir hizmet sunacağı düşünülmektedir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Çalışmadan kaynaklanabilecek bir risk bulunmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırmadan kaynaklanabilecek her hangi bir sorun için aşağıda iletişim bilgileri bulunan kişi ile temasa geçebilirsiniz.

İstedığınızde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Adres ve Telefonlar:

Cep :

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi' dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Çalışmada, araştırma programını aksatmanız, doğru veri sağlamadığınız veya çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde araştırma kapsamı dışında bırakılacaksınız. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada size hekim tarafından bir tedavi önerilmeyecektir

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı

reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Büşra Şevval Korkmaz ve Prof. Dr. Lale Taşkın tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Tezli Yüksek lisans çalışması için bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		

TARİH		
-------	--	--

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK 5: ARAşTIRMA İZNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE İLANİM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ



SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

KARAR TARİHİ : 04.10.2022

KARAR NO : 13

KARAR

03. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra Şevval KORKMAZ'ın "Kadın doğum kliniklerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, tercihlerin nedenleri ve bu tercihlerin nedenlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" konulu tez çalışmasının kabulüne,

Karar verilmiştir.

EK 6: ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı- Soyadı: Büşra Şevval Korkmaz

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: TC

II. Eğitimi

Lisans: 2014-2019, Başkent Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

III. Mesleki Deneyim

2019 Temmuz- halen: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM SERVİSİ(HEMŞİRE)

IV. Bilimsel Faaliyetleri

Korkmaz BŞ, Koç S, Yurdakul HK, Çamlı B. Metastatik Over Kanseri Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi & Ulusal Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Kongresi: Ankara; 20-22 Ocak 2023