

H.B.MAHIROĞLU

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2022

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRKLARELİ MERKEZ VE İLÇELERİNDEKİ DEVLET
HASTANELERİNE BAŞVURAN GEBELERİN DOĞUM
ŞEKLİ TERCİHLERİ VE BUNLARI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

HALE BERİKA MAHİROĞLU

**EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ARALIK
2022**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRKLARELİ MERKEZ VE İLÇELERİNDEKİ DEVLET
HASTANELERİNE BAŞVURAN GEBELERİN DOĞUM
ŞEKLİ TERCİHLERİ VE BUNLARI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

HALE BERİKA MAHİROĞLU

**DANIŞMAN
PROF. DR. NURETTİN AKA**

**EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ARALIK
2022**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

HALE BERİKA MAHİROĞLU

İTHAF



Aileme ve eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde bana tüm beceri ve tecrübelerini aktaran, meslek hayatım boyunca her anlamda örnek alacağım çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nurettin AKA'ya, tez çalışmam sürecinde desteğini esirgemeyen çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'a, emeği geçen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özgenur YILMAZ'a, bu günlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük payı olan kıymetli anneme, babama ve çok sevdiğim kardeşlerime, özverisi ve desteği ile hep yanımda olan sevgili eşim Bekir Sıtkı MAHİROĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hale Berika MAHİROĞLU

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebelik ve Doğum Olgusu.....	5
2.1.1. Tanımı ve Terminoloji	5
2.2. Doğum.....	5
2.2.1. Tanımı ve Terminoloji	5
2.2.2. Vajinal Doğum	6
2.2.2.1. Doğum Eylemi Başlangıç Mekanizması	8
2.2.2.2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri	8
2.2.2.3. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler	9
2.2.2.4. Doğum Eyleminin Evreleri	16
2.2.2.5. Doğumda Başın Esas Hareketleri	18
2.2.2.6. Endikasyonlar	19
2.2.2.7. Kontrendikasyonlar	20
2.2.2.8. Komplikasyonlar	20
2.2.3. Müdahaleli Vajinal Doğum	21
2.2.3.1. Doğum İndiksiyonu	22
2.2.3.2. Epizyotomi	23
2.2.3.3. Vakum Ekstraksiyonu	24
2.2.3.4. Forseps Ekstraksiyonu.....	24
2.2.3.5. Epidural Anestezi ile Doğum	25

2.2.4. Sezaryen Doğum	25
2.2.4.1. Tanımı ve Terminoloji.....	25
2.2.4.2. Tarihçe ve Teknik.....	25
2.2.4.3. İnsidans.....	27
2.2.4.4. Endikasyonlar	29
2.2.4.5. Kontrendikasyonlar	29
2.2.4.6. Komplikasyonlar	29
2.2.5. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum	30
2.2.5.1. Tanımı ve Terminoloji.....	30
2.2.5.2. Yararları.....	33
2.2.5.3. Gerekli Şartlar	33
2.2.5.4. Riskli Durumlar	33
2.3. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Ebenin Rolü.....	33
2.4. Karar Verme Ve Karar Verme Stilleri	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.3.1. Araştırma Evreni	37
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	37
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	38
3.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	38
3.5. Veri Toplama Araçları	38
3.5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Obstetrik Özelliklerini İçeren Anket Formu	38
3.5.2 Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)	39
3.6. Verilerin Toplanması.....	39
3.7. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	40
3.7.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	40
3.7.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	40
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	40

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi.....	41
3.11. Araştırma Takvimi	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
KAYNAKLAR	89
EK-4. ANKET FORMLARI.....	98
EK-6. ÖLÇEK FORMU	104
EK-7. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	107



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Gebelerin “Yaş”, “Evlenme Yaşı” ve “Evlilik Süreleri”ne göre Dağılımları (n=188).....	42
Tablo 4.2: Gebelerin ve Eşlerinin “Eğitim Durumları” ve “Meslekleri”ne Göre Dağılımları (n=188).....	43
Tablo 4.3: Gebelerin “Aylık Gelir”, “Aile Tipi”, “Yaşanılan Yer” ve “ Eş İle Akrabalık Durumu”na Göre Dağılımları (n=188).....	44
Tablo 4.4: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları-1 (n=188).....	44
Tablo 4.4: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları-2 (n=188).....	46
Tablo 4.5: Daha Önce Normal Doğum Yapan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=40).....	48
Tablo 4.4: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları-3 (n=188).....	51
Tablo 4.6: Gebelerin Bu Gebeliklerinde Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenleri.....	53
Tablo 4.7: Gebelerin Bu Gebeliklerinde Sezaryen İle Doğumu Tercih Etme Nedenleri.....	53
Tablo 4.8: Yaşayan Çocuğu Olan Gebelerin Çocuklarına Ait Bilgiler (n=40).....	54
Tablo 4.9: “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I (MKVÖ-I)” Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.....	55
Tablo 4.10: “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği II (MKVÖ-II)” Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.....	55
Tablo 4.11: “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)” Boyutlarına Ait Güvenirlik ve Ortalama Değerleri.....	56

Tablo 4.12: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları.....57

Tablo 4.13: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık/Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları.....59

Tablo 4.14: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri ve MKVÖ Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları.....60

Tablo 4.15: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık/Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları-1.....61

Tablo 4.15: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık/Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları-2-(devamı).....66

Tablo 4.16: Daha Önce Doğum Yapmış Olan Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları.....68

Tablo 4.17: Daha Önce Doğum Yapmış Olan Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık/Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları.....70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Fetal Kafatasının Kuturları.....	14
Şekil 2.2. Leopold Manevraları.....	15
Şekil 2.3. Doğum mekanizmasının şematik açıklaması.....	19



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- ACOG : American Jinekoloji ve Doğum Uzmanları Koleji
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- FIGO : Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu
- ICM : Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
- MKVÖ : Melbourne Karar Verme Ölçeği
- NSD : Normal Spontan Doğum
- OECD : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
- RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
- SPSS : Statistical Package for the Social
- TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- WHO : World Health Organization

ÖZET

Kırklareli Merkez ve İlçelerindeki Devlet Hastanelerine Başvuran Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Bunları Etkileyen Faktörler

Bu çalışma, Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran gebelerin doğum şekli tercihlerini ve bu tercihleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanıp uygulanmıştır. Örneklemi yazılı ve sözel olarak onayı alınan 188 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında gebelerin “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, “Obstetrik Öykü Formu” ile geçerlik ve güvenirlik çalışması Deniz (2004) tarafından yapılmış olan “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II” kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS Statistics 20 programından yararlanılmıştır. Elde edilen verilere ait frekans ve yüzdelere ile tanımlayıcı istatistikler (ortalama ve standart sapma değerleri) verilmiştir. Ayrıca gebelerin “Doğum şekli tercihleri ile sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, MKVÖ I-II Düzeyleri” arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin var olup olmadığı araştırılmıştır. Bu ilişkilerin tespitinde “Ki-Kare Bağımsızlık Testi” ile “Rank Çift Serili Korelasyon”dan yararlanılmıştır. Tüm hipotez testleri için anlam düzeyi olarak %5 değeri esas alınmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerin yaşları 19-39 yaş ($27,45 \pm 4,98$) arasındadır. Gebelerin %44,7’si vajinal doğum yöntemini, %55,3’ü ise sezaryen ile doğum yöntemini tercih etmektedir. Gebelerin %25,5’i lisans mezunu olup %27,7’si çalışmaktadır. Gebelerin %72,9’u çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin %84’ü planlı gebelik geçirmekte olup %88,8’i takiplerine düzenli gitmektedir. Gebelerin %21,22’si bebeği riske atmama düşüncesi ile sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir. Gebelerin %77,7’si doğum şekline kendisinin ve eşinin karar vermesi gerektiğini düşünmektedir. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği –I’in puan ortalaması $7,82 \pm 3,87$ olarak hesaplanmıştır. Gebelere ihtiyaçları doğrultusunda gerekli eğitimlerin verilmesi ile tercih edilen doğum şeklinin irdelenmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Doğum, Sezaryen, Vajinal Doğum, Melbourne Karar Verme Stilleri I-II

ABSTRACT

Birth Preferences of Pregnant Women Applying to Public Hospitals in Kırklareli Center and its Districts and Factors Affecting These Preferences.

This study has been planned and implemented as a descriptive research in order to determine the mode of delivery preferences of pregnant women who applied to state hospitals in the center and districts of Kırklareli and the factors affecting these preferences. The sample consisted of 188 pregnant women whose written and verbal consent was obtained. "Socio-Demographic Information Form", "Obstetric History Form" and "Melbourne Decision-Making Styles Scale I-II", the validity and reliability study of which was done by Deniz (2004), were used to collect the data. IBM SPSS Statistics 20 program was used for statistical analysis of the obtained data. The frequencies and percentages of the obtained data and descriptive statistics (mean and standard deviation values) are given. In addition, it was investigated whether there is a statistically significant relationship between "delivery type preferences and socio-demographic characteristics, obstetric characteristics, MKVÖ I-II Levels" of pregnant women. "Chi-Square Test of Independence" and "Rank Double Series Correlation" were used to determine these relations. The significance level of 5% was taken as the basis for all hypothesis tests. The ages of the pregnant women included in the study were between 19-39 years (27.45 ± 4.98). 44,7% of the pregnant women prefer the vaginal delivery method and 55,3% prefer the cesarean delivery method. 25,5% of the pregnant women are undergraduate graduates and 27,7% of them are working. 72,9% of pregnant women live in nuclear family. 84% of the pregnant women have a planned pregnancy and 88.8% of them go to their follow-ups regularly. 21,22% of pregnant women stated that they preferred cesarean delivery with the thought of not risking the baby. 17,12% of pregnant women stated that they preferred vaginal delivery for economic reasons. 77,7% of pregnant women think that they and their spouses should decide on the mode of delivery. The mean score of the Melbourne Decision-Making Styles Scale-I was calculated as 7.82 ± 3.87 . It is recommended to give the necessary training to the pregnant women in line with their needs and to examine the preferred mode of delivery.

Keywords: Birth, Cesarean Section, Vaginal Birth, Melbourne Decision-Making Styles Scale I-II



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum eylemi kültürlerin çoğunda hayatın normal parçası olarak kabul edilmektedir (Hatice vd., 2020). Kadına stres, korku, heyecan ve mutluluk gibi çelişkili (ambivalan) duygular hissettiren önemli bir deneyim olması ile birlikte sosyal, psikolojik ve emosyonel bir olaydır (Taşçı Duran ve Ünsal Atan 2011). Pek çok kadın bu dönemi yaşamının en eşsiz zamanı olarak tanımlamaktadır. Anne adayı kendisi için özel ve eşsiz olan bu anı heyecan ve mutluluk ile beklerken aynı zamanda doğum şeklinin nerede ve nasıl olacağı ile büyük endişe yaşar (Sönmez ve Sivaslıoğlu 2019). Bu süreçte kadın, fiziksel ve duygusal birçok etkene maruz kalabilir ve ebeveynlik başlangıcı olan bu dönem yeni rollere adaptasyon gerektirir (Demirsoy ve Aksu 2015).

Normal spontan doğum (NSD) asırlar boyu insanlar tarafından tercih edilen bir doğum yöntemi olmakla birlikte kadın vücudunun anatomik ve fizyolojik yapısı için uygundur. Yeterli destek sağlandığında vajinal doğum kendiliğinden ve müdahalesiz gerçekleşir ayrıca diğer doğum yöntemlerine kıyasla daha hızlıdır (Sönmez ve Sivaslıoğlu 2019).

Vajinal doğumda daha az cerrahi müdahale, daha az oranda enfeksiyon riski, erken taburculuk, yenidoğanda alerjik astım gibi hastalıkların ortaya çıkışının azalması vajinal doğumun olumlu sonuçları arasında bildirilmektedir (Aktaş ve Yılar Erkek 2018).

Yapılan bir araştırmada vajinal doğan bebekler ile sezaryen yöntemiyle doğan bebeklerin oral mikroflorası incelendiğinde, sezaryen yöntemi ile doğan bebeklerin daha az çeşitte mikrobiyoma sahip olduğu ve astım, obezite, diyabet gibi hastalıklara yatkınlığının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Hongping vd., 2018).

Vajinal doğumda anne ve yenidoğan arasında duygusal temas da daha kısa sürede başlamaktadır (Çakır ve Alparlan 2018). Erken iyileşme ve rutin aktivitelere erken dönüş vajinal doğumun avantajları arasında sıralanabilir (Dilek vd., 2016). Mevcut kanıtlara göre doğum sonrası erken taburculuk hem anne hem de yeni doğanlar için klinik olarak güvenli bulunmaktadır (Nadia vd., 2017).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde pek çok risk ile karşı karşıya kalınabilir. Kadınlar distosi, malpozisyon, fetal distress, baş-pelvis uyumsuzluğu gibi tehlikeli durumlarda vajinal doğum süreci riskli olabileceği için sezaryen ile doğuma yönelmektedirler (Duygu vd., 2019).

Sezaryen doğum; vajinal doğumun güvenle tamamlanamadığı veya maternal ve/veya fetal morbidite veya mortalite riskinin bulunduğu durumlarda yapılması planlanan bir cerrahi işlemdir (Korkut ve Kaya 2019). Sezaryen yöntemi ile doğum şekli, vajinal doğuma alternatif olarak düşünülmekte ve doğum sancısından bir kaçış olarak algılanmaktadır (Zeynep vd., 2022).

Her cerrahi işlemde olduğu gibi sezaryen operasyonlarında ve sonrasında anne ve yenidoğan açısından risklerin gelişmesi söz konusu olabilmektedir (Demir, 2022). Sezaryen doğuma atfedilen riskleri kesin olarak bilmek zor olsa da yapılan araştırmalarda elektif sezaryen doğumlarda anne ölüm oranlarının, vajinal doğuma kıyasla artış gösterdiği bilinmektedir (Walid Makin vd., 2018).

Sezaryen doğum sonrası gebeliklerde ise; anormal plasenta yerleşimi, spontan abortus, ölü doğum ve doğum sonrası stres bozukluğu karşılaşılan riskler arasındadır (Newton vd., 2020). Sezaryen doğum sonrası gebeliklerde, uterus rüptürü ve anormal plasenta yerleşimi gibi riskler anne ölüm oranlarını önemli oranda etkilemektedir (Jane vd., 2018).

Yapılan geniş toplum tabanlı çalışmalar gösteriyor ki anne ölüm riski planlı ya da acil sezaryen doğumda, vajinal doğuma oranla daha fazladır (Bedir, 2019).

Dünyada ve ülkemizde çoğu kadın vajinal doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu bilmektedir fakat buna rağmen sezaryen oranları artmakta ve isteğe bağlı elektif sezaryen doğumların bu artışa katkı sağlaması günümüz tartışma konularındandır (O'Donovan ve O'Donovan 2018).

1985 yılında Fortaleza, Brezilya'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen ve üreme sağlığı uzmanlarından oluşan panelde önerilen sezaryen oranı %10-15 ile sınırlı kalması gerekirken bu oran hem ülkemizde hem de dünya çapında çok daha fazladır (WHO, 2015). Yakın zamanda yapılan bir çalışma gösteriyor ki, Latin

Amerika ve Karayipler bölgesinde %40.5, Kuzey Amerika’da %32.3, Avrupa’da %25 ve Asya’da %19.2 gibi bazı ülkelerde sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü’nün tavsiye ettiği sınırın önemli ölçüde üzerindedir (Pranta vd., 2021). Bununla birlikte dünya çapında sezaryen oranları 1990 yılında %6.7’den 2021 yılında %14.3’lük bir büyüme ile %21’e yükselmiştir (Alireza vd., 2022).

Ülkemizde ve dünyada tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğum oranlarındaki artışın en önemli nedenleri arasında yardımcı üreme tekniklerinin ve fetal monitorizasyonun kullanımının artış göstermesi gibi teknolojik gelişmeler etkili olmuştur (Luke, 2017). Artan tıbbi teknolojik gelişmeler ve malpraktis davaları kadın doğum uzmanlarının vajinal doğumu anne ve bebek için riskli görmesine ve sezaryen doğuma yönelmelerine neden olmaktadır (Sunita vd., 2018).

İleri yaş gebelikler, obezite prevalansının artması, çoğul gebelikler ve nullipar gebeler sezaryen doğum oranlarını artıran faktörler arasında sıralanmaktadır (Mercedes vd., 2021). Doğum yöntemine karar verme süreci, nullipar gebelerde multipar gebelere göre oldukça farklıdır (Kristen vd., 2019). Nullipar gebelerin doğumdan beklentileri net değildir ve doğum eylemi hakkında bilgiye ihtiyaçları vardır (Bedir, 2019). Multipar gebelerin yaşadıkları olumsuz deneyimler, vajinal doğuma ilişkin yanlış veya eksik bilgi ve medya aracılığı ile paylaşılan travmatik doğum sahneleri kadınların normal vajinal doğuma olumsuz bakış açısı geliştirmelerine neden olabilmektedir (Amanak, 2022).

Kadının eğitim düzeyi, maddi gelir durumu, evvelce doğum şekilleri ve deneyimleri, aile ve sosyal çevre doğum şekline karar verirken etkili olan faktörlerdir (Şahin Büyük ve Çetinkaya 2022). Vajinal doğumun zor ve yorucu bir süreç olduğu algısı gebelere bu olumsuz deneyimlerin kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve tercihlerini sezaryen doğuma yönlendirmektedir (Karabulutlu ve Yavuz 2018). Artan sezaryen oranlarını anlayabilmek ve başarılı müdahaleler oluşturabilmek için gebe kadınların sezaryen endikasyonları haricinde kendi tercihleri de dikkate alınmalıdır (Muhlise vd., 2017).

Günümüzde vajinal doğum oranlarının azalması ve sezaryen oranlarının artışı, ebelerin doğumlarda aktif rol almasına ve annelerin bu süreçte desteğe olan ihtiyacını göstermektedir (Gökçek ve Yazıcı 2022). Bu nedenle sağlık çalışanlarının anne

adaylarına verecekleri destek ve doğru bilgilendirme gebelerin karar verme sürecine yardımcı olacaktır (Hatice vd., 2020).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM), doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu ve doğumda primer karar verici kişinin gebenin kendisi olduğunu, ebelerin müdahale içermeyen ve kadının özgüvenini artırıcı girişimleri uygulayarak normal doğumların desteklenmesi ile sezaryen oranlarının azaltılmasına katkıda bulunmaları gerektiğini vurgulamaktadır (Kızılca Çakaloz ve Çoban 2019).

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO)'nun yakın zamanda yayınlanan raporunda, Dünya çapında sezaryen oranlarında endişe verici bir artışın olduğunu ve gereksiz sezaryen oranlarını azaltmak için, profesyonel kurum ve kuruluşların destek olması gerektiğini belirtmiştir (Valerie vd., 2019). Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınlamış olduğu Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi ile normal doğumun desteklenmesi ve oranlarının artırılması ile sezaryen oranlarının azaltılması hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Kadınların vajinal doğum korkularının giderilmesi, ağrı ile baş edebilecek güçte hissetmeleri ve artan sezaryen oranlarının azaltılmasında doğuma hazırlık eğitimlerinden yararlanılabilir (Gonca vd., 2020).

Bu araştırma, gebelerin doğum doğum şekli tercihlerini ve bu tercihleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Doğum Olgusu

2.1.1. Tanımı ve Terminoloji

Gebelik süresi fertilizasyon (döllenme) başlangıcından itibaren 266 gün veya menstrual siklusu 28 gün olan kadınlarda son menstrual siklusun ilk gününden itibaren hesaplandığında 280 gün yani 40 haftadır (Yalçınsoy, 2019). Fertilizasyon (döllenme) sonrası doğuma kadar geçen ve 40 hafta olarak bilinen bu süreç üç trimestere ayrılır ve her trimester doğacak bebek için kadının ve ailesinin hazırlandığı gelişimsel bir dönem olarak ifade edilmektedir (Sedef vd., 2019).

İlk 14 hafta: İlk trimester

14-28 hafta: İkinci trimester

28-42 hafta: üçüncü trimester

2.2. Doğum

2.2.1. Tanımı ve Terminoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre doğum 20. gebelik haftasından sonra, baş topuk mesafesi en az 25 cm ve ağırlığı 500 gr üstü olan fetus ve eklerinin çıkışı ile gebeliğin sonlanması şeklinde tanımlanmıştır (Bilgehan vd., 2020).

Diğer bir tanımlama ile doğum eylemi; servikal silinme ve dilatasyona neden olan ve zamanla sıklaşarak şiddeti artan uterus kasılmaları ile başlayan, gebelik ürünü olan fetus ve eklerinin ekspulsiyonu ile karakterize bir süreçtir (Şentürk Erenel ve Çiçek 2018). Doğum eylemi ile gebelik süreci sona erer ve yenidoğan için ekstra uterin yaşam dönemi başlamış olur.

Anne ve bebeğin hayatını kurtarmak, güvenli ve sağlıklı bir doğum gerçekleştirmek için doğum indüksiyonu, epizyotomi kesisi, forseps ya da vakum ekstraksiyonu gibi

müdahaleli vajinal doğum şekilleri veya sezaryen uygulaması ile doğum gerçekleştirilmektedir (Şentürk Erenel ve Çiçek 2018).

WHO yayınladığı kanıta dayalı altı uygulamanın doğum eyleminde rol alan aktif sağlık profesyonelleri için klavuz olması amacıyla; mümkün olan en az girişim ile doğum eyleminin gerçekleşebileceğini ifade etmiştir. İfade edilen bu öneriler aşağıdaki gibidir:

- ✓ Doğum kendiliğinden başlamalıdır.
- ✓ Doğum süresi boyunca hareket kısıtlaması olmamalıdır.
- ✓ Doğum süresi boyunca gebeye fiziksel ve psikolojik destek verilmelidir.
- ✓ Gereksiz her türlü işleminden kaçınılmalıdır.
- ✓ Doğumda sırtüstü pozisyon yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
- ✓ Doğum sonrası anne ve bebek etkileşimi sağlanmalıdır (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

Gravida; gebelik sayısını, parite ise doğum sayısını ifade etmek için kullanılan terimlerdir. Gravida; mol gebelik, ektopik gebelik, abortus dahil olmak üzere yaşanan tüm gebelikleri kapsamaktadır.

Nulligravida; hiç gebelik yaşamamış ve hala gebe olmayan kadındır. Primigravida ilk kez gebe kalan kadını tanımlarken, multigravida daha önce gebe kalmış ve şu anda da gebe olan kadın için kullanılan terimdir.

Nullipar; yaşama kapasitesine erişmiş gebeliği olmayan kadındır. Primipar bir kez canlı doğum yapmış kadındır. Multipar yaşama kapasitesine erişmiş iki ve daha fazla gebeliği olan kadındır. Parite de önemli olan fetüslerin sayısı değil, viabiliteye erişmiş gebeliklerin sayısıdır (Sak, 2019).

2.2.2. Vajinal Doğum

Doğumun fizyolojik süreci; miadına ulaşmış fetüsün, kendiliğinden başlayan ve ritmik uterus kasılmalar ile doğum kanalından geçip, vajinal yolla doğması ile

sonlanır. Vajinal doğum termde, tek ve canlı fetüsün varlığı ile gerçekleşir. Uterus kontraksiyonları kendiliğinden ritmik başlar ve kontraksiyonların süresi, sıklığı, şiddeti doğum eylemi boyunca artarak devam eder (F.Gary vd., 2018).

Vajinal doğum asırlardır insanoğlunun kullandığı, vücudun anatomik ve fizyolojik yapısı için uygun olan doğum yöntemidir (Sönmez ve Sivaslıoğlu 2019). Vajinal doğum eylemi, fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa ulaştığı ve uterusun daha fazla büyüemeyeceği bir zamanda gerçekleşir (Ceylantekin, 2006).

Vajinal doğumun tanımlanabilmesi için aşağıda sıralanan özellikleri taşıması beklenmektedir;

- ✓ Miadında (termde) bir gebelik olmalı,
- ✓ Tek ve canlı fetüs olmalı,
- ✓ Verteks (baş geliş) pozisyonunda olmalı,
- ✓ Uterus kontraksiyonları kendiliğinden başlamalı ve doğum sonuna kadar devam etmeli,
- ✓ Amniyon kesesi, doğum ağrılarının başlamasından sonra açılmalı,
- ✓ Bebek, bir enstrüman kullanılmadan (vakum, forseps) sağlıklı olarak doğmalı,
- ✓ Bebeğin doğumundan sonra, 30 dakika içinde plasenta çıkarılmış olmalı,
- ✓ Doğum eylemi maksimum 24 saat sürmeli,
- ✓ Doğum eylemi boyunca 500 cc'den fazla kanama olmamalı
- ✓ Doğum eylemi sırasında anne ve bebekte hiçbir sıkıntı olmamalıdır (Güven Ay, 2019).

2.2.2.1. Doğum Eylemi Başlangıç Mekanizması

Doğum eyleminde gerçekleşen olayları açıklamak için birkaç teori üzerinde durulmuştur;

- ✓ Oksitosin Teorisi; oksitosinin doğum eylemini başlattığına dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır fakat doğum eylemi başladıktan sonra oksitosin seviyesinin yükseldiği görülmektedir. Travay esnasında amniyotik maide bulunan oksitosin seviyelerinin de yüksek olduğu görülmüştür.
- ✓ Progesteron çekilme teorisi; gebelik boyunca östrojen ve progesteron arasında bir denge mevcuttur. Östrojen gebelik boyunca uterusu uyarıcı etki verirken, progesteron uterusu gevşetici etki sağlar. Gebeliğin sonunda progesteronun çekilmesi ile bu denge kaybolur ve östrojenin uyarıcı etkisi daha etkin hale gelir.
- ✓ Prostaglandinler; oksitotik etkinin başlamasını sağlar ve uterus kasılmalarını güçlendirir. Ayrıca oksitosin ve prostoglandin myometrial hücrelerde kalsiyum bağlanmasını önlerken, intraselüler kalsiyum seviyesinin artışı sağlayıp kontraksiyonları aktive eder.
- ✓ Fetal Kortizol Düzeyi; doğumu tetikleyen bir diğer faktör ise fetal kortizol düzeyindeki artıştır.
- ✓ Gap-Junction Proteinleri; uterus kaslarının fetusu doğum kanalından itebilmesi için hücreler arasında iletişim mükemmel olmalıdır ve bu iletişim gap-junctionlar aracılığı ile sağlanır. Gap-junctionlar olmadığı zaman kaslar aktive olmaz ve gebeliğin devamı sağlanır (Yaşar, 2006).

2.2.2.2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

- ✓ Hafifleme: Doğum eylemi başlamadan birkaç hafta evvel başın gerçek pelvise yerleşmesi ile uterus aşağı doğru iner ve diyafragmada oluşan baskı kalkar. Gebelik sürecinde yaşanan solunum sıkıntısı yavaş yavaş ortadan kalkar. Mide ve barsak şikayetleri de kaybolur (Güzel, 2014).

- ✓ Servikal değişiklik: Eylemin başında sert olan serviks zamanla yumuşamaya ve açılmaya başlar (Sak, 2019).
- ✓ Silinme (Efasman): Servikal kanalın incelik uzunluğunun azalmasıdır (Sak, 2019).
- ✓ Servikal Açılma (Dilatasyon): Serviksin etrafında bulunan kasların kontraksiyonlar sonucu yana doğru çekilmesi ile oluşur. Silinmeden sonra gerçekleşir (Sak, 2019).
- ✓ Nişane: Doğum eyleminin başlangıcında görülen en önemli belirtilerden biridir. Doğum eyleminden önce Mukusta fazla miktarda kan görölmesi plasenta ile ilgili kanama şüphesini düşündürmektedir (Din, 2022).
- ✓ Ani enerji yüklenmesi: Eylemden 24-48 saat önce salgılanan epinefrin ile ani enerji artışı gözlenir (Din, 2022).
- ✓ Membranların açılması: Hafif bulanık veya renksiz bir sıvı gelmektedir (Sak, 2019).

2.2.2.3. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

Doğum eylemi belirtilen dört faktörün uyumunu gerektiren bir süreçtir.

- ✓ Doğum kanalı (Passageway)
- ✓ Fetus (Passenger)
- ✓ Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler (Power)
- ✓ Annenin psikososyal durumu (Psyche)

Doğum Kanalı (Passageway)

Kemik pelvis: Gebelik süresince annenin iskelet yapısı iyi değerlendirilmelidir. Gebede raşizm, pelvis yapısını etkileyen travma ya da sefalopelvik uyumsuzluğu var ise eylem güçleşir. Doğum eyleminde son derece önemli olan kemik pelvis, aşağıda belirtilen kemik ve eklemlerden oluşmaktadır (Söylemez, 2019).

Linea terminalis hayali bir çizgidir ve pelvisi oluşturan kemiklerin anatomik noktalarının birleştirilmesiyle elde edilir. Bu hayali çizgi ile ayrılan kemik pelvis iki bölümde incelenir. Üstte kalan kısım pelvis major veya yalancı pelvis, altta kalan kısım ise pelvis minör veya gerçek pelvis olarak tanımlanır. Pelvisi oluşturan kemikler arasında kalan pelvis boşluğuna pelvis kavitesi denir. Doğum için önemli olan pelvis minör, alttaki kısımdır (Söylemez, 2019).

Pelvis minör: önde pubis, arkada sacrum ve koksiks, yanlarda iskium ile çevrilidir. Pelvis minör pelvik girim, pelvik kavite, pelvik çıkım olmak üzere üç kısımda incelenir (Söylemez, 2019).

Pelvik girim: Önde pubis kemiği, yanlarda linea terminalis ve arkada sakral promontorium ile çevrilidir. Ön-arka kutur, transvers kutur, iki adet oblik kutur olmak üzere pelvis girimde dört adet kutur vardır. Promontoriumun orta kısmından simfisis pubisin üst ucuna kadar uzanan kısım ön-arka kuturdur. Bu kuturun değişik noktalarından ölçüm yapılması ile üç tane konjugata elde edilir. Bunlar konjugata vera, konjugata obstetrika ve konjugata diagonalis olarak tanımlanır (Taşkın, 2011).

Konjugata vera, promontoriumdan başlayıp simfisis pubisin üst kısmına uzanan mesafedir. Kadınlarda ortalama 11,5 cm'dir. Konjugata obstetrika, promontoriumdan başlayıp simfisis pubisin orta kısmına uzanan mesafedir ve 11 cm'dir. Konjugata diagonalis, promontoriumdan başlayıp simfisis pubisin alt uç kısmına uzanan mesafedir ve 12,5-13 cm'dir. Klinik olarak dışarıdan ölçülebilen tek iç kuturdur. Konjugata diagonalis, obstetrik konjugatanın uzunluğundan 1,5-2 cm daha uzundur ve obstetrik konjugatanın uzunluğu, diagonal konjugatanın uzunluğundan tahmin edilir (Taşkın, 2011).

Vajinal muayene esnasında muayene eden elin orta parmağıyla sakral çıkıntıya ulaşmaya çalışılır. Serbest elin işaret parmağı, simfisis pubisin alt kenarının muayene eden elin işaret parmağının metakarpofarenjial eklemine yakın yerleşme noktası belirler. Konjugata diagonal bu ölçüm ile belirlenir ve çoğu hekimin pamağından uzundur. Bu nedenle vajinal muayene esnasında sakral promontoryuma ulaşırsa, pelvis giriminin antero-posterior çapının yeterli olduğundan söz edilebilir (Yılmaz Güleş, 2019).

Pelvik kavite: Üstte pelvis girimi yanlarda pelvis duvarları ve altta pelvis çıkımı ile çevrili bölge pelvis kavitesi olarak tanımlanır. Pelvis kavitesinin en dar çapı iskial spinalar arasındaki çaptır ve bu çap pelvisin en dar kuturu olarak bilinir. Uzunluğu 10,5-11 cm olarak ölçülür. Vajinal muayene esnasında iskial spinalar belirgin şekilde hissediliyorsa orta pelviste bir darlık olduğu düşünülür. İskial spinalar arası mesafe, fetusun pelviste ilerleyebilmesi için çok önemlidir (Yılmaz Güleş, 2019).

Pelvik çıkım: Önde suprapubik kemer, arkada sakrumun ucu ile lateralde iskial tuberositler ile çevrilidir. Ön-arka kutur, pelvik çıkımın en uzun kuturudur ve simfizis pubisin al ucundan başlar ve sakrumun ucuna kadar uzanan mesafedir. 9,5 cm olarak ölçülür. Transvers kutur, iskial tuberositler arası mesafedir ve pelvik çıkımın en dar kuturudur. Darlığı doğum için tehlikeli olabilir (Söylemez, 2019). Posterior sagital kutur, iskial tuberositler arasındaki mesafenin orta noktası ile sakrumun ucu arasında kalan ve ölçüsü 8-10 cm arasında olan kuturdur (Yılmaz Güleş, 2019).

Pelvis Tipleri

Maternal pelvis tipi doğum şeklini ve sürecini etkilemektedir.

Jinekoid pelvis: Doğum eylemine en uygun pelvis tipidir. Girimi yuvarlak, ovaldir ve enine çap anteroposterior çaptan daha fazladır. Normal doğum eylemi için en uygun pelvis tipi olarak değerlendirilmektedir (Taşkın, 2011).

Andropoid pelvis: Girimi ovaldir, iskial spinalar belirgindir. Anteroposterior çap enine çaptan fazladır. Fetal baş çoğunlukla oksiputposterior yerleşimlidir ve doğum eylemini zorlaştırmaktadır (Taşkın, 2011).

Android pelvis: Erkek tipi pelvis olarak bilinmektedir. Görünümü üçgen şeklindedir. Pelvis kanalı huni şeklindedir ve yukarıdan aşağı ilerledikçe daralma görülür. Bu pelvis tipinde bebek başı transvers ya da posterior yerleşimlidir ve rotasyon yapamaz. Rotasyon ve çekme işlemi için forseps kullanımına ihtiyaç duyulabilir ve vajinal doğum zor gerçekleşir (Taşkın, 2011).

Platypelloid pelvis: Transvers çap geniştir ve pelvis elips şeklindedir. Genellikle bu tip pelvise sahip kadınlarda sezaryen ile doğum görülmektedir (Taşkın, 2011).

Fetus (Passenger)

Fetal başın ölçüleri, termde vücuttan daha büyüktür ve doğum eyleminde en önemli vücut kısmını oluşturur (Yılmaz Güleş, 2019). Kafatası dört büyük yassı kemikten meydana gelmektedir. Bunlar;

İki adet parietal

İki adet temporal

Bir adet frontal

Bir adet oksipital kemiktir (Taşkın, 2011).

Fetal baş kemiklerinin membranlarla kaplı olan aralıkları sütur olarak tanımlanırken, süturların birleşmesi ile oluşan yapılara ise fontanel adı verilir (Taşkın, 2011).

Fetal Başta Bulunan Süturlar

Frontal (mitotik) sütur: İki frontal kemik arasında yer alır, sagittal süturun devamı niteliğindedir.

Sagittal sütur: İki parietal kemiği birleştiren sütur olarak tanımlanır ve kafatasını sağ ve sol olarak ikiye ayırır. Önden başlayıp arkaya doğru devam eder ve ön fontanelin arka sınırı ile arka fontanelin ön sınırı arasında kalan yerdir.

Koronal sütur: Parietal ve frontal kemikleri birleştirir, transvers olarak uzanır.

Lamboidal sütur: Oksipital kemik ile parietal kemikleri birleştirir. Fetal başın arka kısmında, transvers uzanır (Söylemez, 2019).

Bahsi geçen süturların birleşmesi ile iki adet fontanel oluşur. Büyük fontanel, ön fontanel olarak da bilinmektedir ve frontal, sagittal ve koronal süturların birleşmesi ile oluşan elmas şeklindeki açıklıktır. Küçük fontanel, arka fontanel olarak da bilinir ve sagittal ve lamboidal süturların birleşmesi ile oluşan Y harfi şeklindeki açıklıktır. Her iki fontanel de fetus başının pozisyonunun anlaşılmasında fayda sağlamaktadır (Yaşar, 2006).

Fetal başta doğum eylemi sürecini kolaylaştırmak için referans alınan bazı bölgeler vardır (Taşkın, 2011) ;

Sinsiput: başın ön yarısı olarak bilinmektedir, frontal kemiğin üst kısmı ile büyük fontanelin ön kısmı arasında kalan bölgedir.

Bregma: frontal ve parietal kemikler arasında kalan elmas şeklindeki açıklıktır. Ön fontanel olarak bilinir. 2x3 cm büyüklüğündedir ve doğumdan sonra 12-18 ay açık kalır.

Vertex: ön fontanel ve arka fontanel arasında kalan kısımdır ve normal doğum için ideal ve güvenli bir pozisyonudur.

Oksiput: oksiput kemiğin üst kısmı ile küçük fontanelin arka kısmı arasında kalan bölümdür.

Posterior fontanel: arka süturların birleşim yeri olarak tanımlanmaktadır.

Mentum: fetusun çenesi olarak tanımlanmaktadır.

Brow: fetusun alın kısmı olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2011).

Fetal Kafatasının Kuturları

Fetal kafatasında iki adet transvers kutur vardır:

Biparietal kutur; parietal kemikler arasındaki kuturdur, uzunluğu 9,25 cm'dir. En uzun transvers kuturdur.

Bitemporal kutur; temporal kemikler arasındaki kutur, uzunluğu 8 cm'dir.

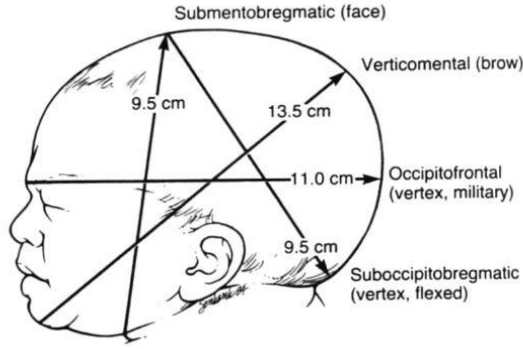
Fetal kafatasında dört adet ön-arka kutur vardır:

Oksipito-frontal kutur; oksipital çıkıntı ile burun kökü arasında sınırlanan mesafedir ve 11 cm uzunluğuna sahiptir.

Suboksipito-bregmatik kutur; oksipital kemiğin alt ucu ile bregma arasında kalan mesafedir, ön-arka kuturlar arasındaki en dar kutur olarak bilinmektedir.

Oksipito-mental kutur; oksiputun üst ucundan başlar ve çeneye kadar uzanır. 13,5 uzunluğu ile ön-arka kuturlar arasındaki en uzun mesafedir.

Submento-bregmatik kutur; alt çene kısmının boyun ile birleştiği yer ile bregma arasında kalan mesafedir ve uzunluğu 9,5 cm'dir (Taşkın, 2011).



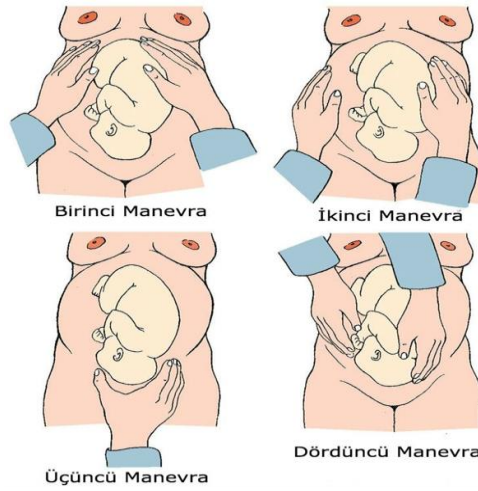
Şekil 2.1 Fetal kafatasının kuturları

Prezantasyon, Pozisyon ve Duruş

Fetusun pelvise giren vücut kısmı, prezente olan kısım olarak tanımlanır. Fetal prezantasyon baş, makat veya omuz olabilir. Fetusun prezente olan kısımlarında belirlenen özel noktalar vardır ve bunlar; vertex prezantasyonunda oksiput, omuz prezantasyonunda skapula, yüz prezantasyonunda çene ve makat prezantasyonunda sakrum olarak bilinir. Fetal prezantasyon genellikle %95 vertextir (Yaşar, 2006).

Fetüsün vücut kısımlarının birbirleri ile ilişkisi, fetüsün anne karnında duruşu şeklinde tanımlanmaktadır. Fetüsün uterusu ki karakteristik duruşu şeklinde tanımlanmaktadır. Fetüsün uterusu ki karakteristik duruşu kavisli sırt ile baş öne doğru eğik, çene göğüse yakın, kollar göğüs önünde birleşmiş, üst bacak abdomene doğru flexionda ve dizler bükülüdür (Taşkın, 2011).

Bu duruş fetüsün anne karnında en az yer işgal etmesine ve bu sebeple umbilikal kordun ekstremiteler arasında serbest hareket etmesine olanak sağlamaktadır. Fetusun uzun ekseninin, uterusun uzun eksenine göre ilişkisi fetal situs olarak tanımlanır ve longitudinal, transvers ve oblik olabilir. Leopold manevraları, fetüsün son halini belirlemek amacıyla karın üzerinden dokunarak uterusun muayene edildiği dört özel adımdır (Söylemez, 2019).



Şekil 2.2. Leopold Manevralarının Gösterimi

Doğum Eylemindeki Güçler (Power)

Doğumu başlatan en önemli güçler uterus kaslarının kontraksiyonu ve retraksiyonudur. Uterus kaslarının kontraksiyonu sonucu ağrı hissedilir ve gebeler bu durumu sancı olarak ifade etmektedir. Sancının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte farklı teoriler öne sürülmüştür;

- ✓ Kontrakte myometrium hipoksisi,
- ✓ Serviks ve alt segmentte olan sinir ganglionlarının kontraksiyon sırasında kompresyonu.
- ✓ Serviksin dilatasyon sırasında gerilmesi.
- ✓ Uterusu örten peritonun gerilmesi (Yaşar, 2006).

Doğum eyleminin başında gerçekleşen uterus kasılmaları ritmik ve güçlü değildir. Daha sonra kasılmalar güçlü, ritmik, iyi koordine olmuş ve 2-3 dakika da bir olacak şekilde artar. Kasılmaların intensitesi 20-30 mmHg olarak başlar ve eylem ilerledikçe 50 mmHg'ya kadar çıkar. Eylem sonunda 100 mmHg'ya çıkan uterus kasılmalarına çekilmelerde eşlik eder. Eylemde uterus kontraksiyonlarının etkisi ile alt ve üst olarak ikiye ayrılır. Uterusun kasılmaları sonucunda üst segmentin kasları kısalıp kalınlaşır ve serviks yukarı yönlü çekilir. Serviksin silinip bütünüyle dilate olmasının ardından uterus kaslarının devamı ile birlikte fetus aşağıya doğru iner. Bu dönemde

kuvvetli ıkınmalar, valsalva manevrası ve uterus kasılmalarının gücünün artması fetusun aşağıya inmesini ve doğumun gerçekleşmesini sağlar (Yılmaz Güleş, 2019).

Annenin Psikososyal Durumu (Psyche)

Gebelik fiziksel değişimlerin yanı sıra kadının yeni bir kimlik arayışı içine girdiği psikososyal bir dönemdir (Uçar ve Gölbaşı 2015). Gebelik, kadınlara kimi zaman sevinç, heyecan, mutluluk gibi olumlu duygular yaşatırken kimi zaman da kaygı, anksiyete, korku, stres gibi duygulara ev sahipliği yapabilir.

Yaşanan duygu durum değişiklikleri gebelik sürecini ve doğum eylemini etkilemektedir (Bülbül vd., 2016). Gebelikte yaşanan anksiyete, fetal distress veya uzamış doğum eylemine neden olabilmektedir. Bu riskler göz önünde bulundurularak gebelere psikolojik destek verilmesi önemlidir (Söylemez, 2019).

2.2.2.4. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi dört evrede değerlendirilir.

Birinci Evre (Servikal Dönem): Uterusun doğum eylemine hazırlık dönemidir. Gebenin kontraksiyonları algılaması ile başlar ve serviksin tam dilatasyon olması ile son bulur. Bu evre; latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olmak üzere üç fazda değerlendirilir (Yalçınsoy, 2019).

- ✓ Latent Faz: Gebenin düzenli kontraksiyonları ile başlar, silinme tamamlanır ve dilatasyon 2-4 cm olduğunda faz son bulur (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017). Kontraksiyonlar hafif ve uzun süreli değildir. En uzun süren fazdır. Multipar kadınlarda bu süre 5-6 saat iken nullipar kadınlarda bu süre 8-9 saate kadar çıkabilmektedir (Taşkın, 2011).

Multiparlarda 14 saat, nulliparlarda ise 20 saati geçmemesi gerekir, geçerse uzamış latent faz olarak değerlendirilir (Taşkın, 2011). Doğumun latent fazında gebelerin, hastaneye geçiş süreçleri eğer kendileri ve fetüslerinin durumları iyi ise geciktirilebilir. Gebelere non-

farmakolojik ağrı yönetimi uygulamaları ile sık sık iletişim kurularak destek sağlanabilir (ACOG, 2017).

- ✓ Aktif Faz: Dilatasyon 3-5 cm olduğunda aktif eylemin başladığı görülmektedir. Fetus doğum kanalında ilerler. Kontraksiyonlar daha kuvvetli, sık ve uzun sürelidir. Aktif faz nulliparlarda 3-4 saat, multiparlarda 1-2 saat sürmektedir. Membranlar genellikle bu aşamada açılır, serviksin açılması hızlanır (Taşkın, 2011).
- ✓ Geçiş Fazı: Servikal dilatasyon tamamlanır ve fetus hızlıca aşağıya iner. Bu sürecin multiparlarda 1 saati, nulliparlarda 3 saati geçmemesi beklenir. Kontraksiyonlar daha sık ve şiddetlidir (Taşkın, 2011).

İkinci Evre (Atılma-Ekspulsiyon): Serviksin tam dilatasyonu ile başlar ve fetusun doğumu ile son bulur. Bu evrede fetus iyice aşağı inmiştir ve bu iniş ile birlikte alt uterin segmentin gerilmesi sonucu pelvik tabana olan basınç artarken annede ıkınma hissi kendiliğinden ortaya çıkar. Kontraksiyonlar ile itici güçler daha da artar ve ıkınmalar kuvvetlenir. Aktif doğum eylemi olarak değerlendirilir ve fetusun ekspulsiyonu ile tanımlanır (Turan ve Yılmaz 2019).

Nulliparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda 5 ile 30 dakika arasında sürmesi beklenir (Taşkın, 2011). Bu dönemde gebe çok yorgundur ve gücünün tükendiğini düşünebilir, en çok destek duyulan dönemdir (Üst, 2012).

Üçüncü Evre (Kurtulma-Halas): Bebeğin doğumu ile başlar, plasenta ve membranların doğumu ile evre son bulur. Plasentanın ayrılması 5 dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir (Üst, 2012). Plasentayı uterustan ayıracak kontraksiyonlar devam ederken bu duruma uyum sağlayamayan plasenta yapıştığı yerden ayrılmaya başlar. Ayrılma merkezden veya kenarlardan olmak üzere iki şekilde gerçekleşir. Merkezden ayrılan plasenta schultz (fetus yüzü) ile doğar, kenarlardan ayrılan plasenta ise duncan (anne yüzü) ile doğar (Söylemez, 2019). Plasentanın ayrılması dört şekilde anlaşılır;

- ✓ Ani gerçekleşen vajinal kanama
- ✓ Uterusun küre şeklini alması (Küstner Belirtisi)

- ✓ Umblikal kordun boyunda uzama (Ahfeld Belirtisi)
- ✓ Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi (Schroeder Belirtisi) (Mutlu Çubuk, 2014).

Dördüncü Evre (Erken Postpartum): Plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saatlik süreyi kapsamaktadır ve bu evrede görülen postpartum kanamalar oldukça önemlidir, dikkatlice izlenmelidir. Bu sebeple sık sık uterus muayene edilmeli, masaj yapılmalı ve kanama kontrol edilmelidir. Oluşan laserasyonlar tamir edilmelidir. Anestezi uygulanmış ise evrenin süresi uzayabilir. Annenin başta üreme sistemi olmak üzere bütün sistemleri gebelik öncesi döneme stabilize olmaya başlar (Mutlu Çubuk, 2014).

2.2.2.5. Doğumda Başın Esas Hareketleri

Fetusun doğum kanalında ilerlemesi ve çıkması için yaptığı pasif hareketlerdir;

Yerleşme (Angajman): Fetal başın transvers çap ile pelvis girimine yerleşmesi şeklinde tanımlanır. Fetal başın ilk kardinal hareketidir. Başın en geniş düzlemi olan suboksipito-bregmatik kutur ile pelvis girimine yerleşmesi durumunda angajman tamamlanmış olur (Yalçınsoy, 2019).

İniş (Descensus): Yerleşmiş olan fetal başın pelvis çıkımına kadar inmesidir. Eylemin başlangıcından itibaren devam eder ve belirtilen dört kuvvetten biri veya birkaçının etkisi ile hızlanır,

- ✓ Amniyotik sıvının baskısı
- ✓ Uterus kontraksiyonları ve itme gücü
- ✓ Ön karın kaslarının kasılması
- ✓ Fetus vücudunun gerilmesi (Sak, 2019).

Fleksiyon: Fetal baş aşağı inerken sürtünmeden kaynaklı bir rezistans ile karşılaşır ve fleksiyon hareketi yapar. Bu hareketle çene fetal toraks ile daha yakın temasa

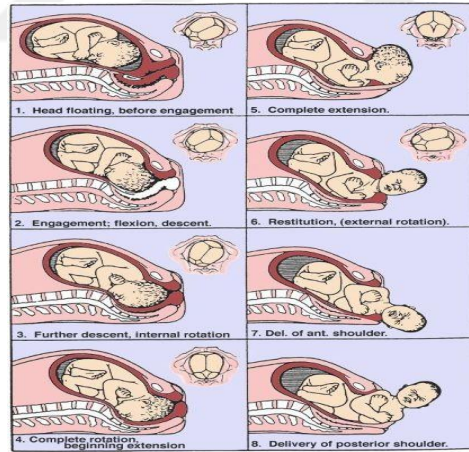
geçer ve oksipitofrontal (uzun) çapın yerini suboksipito-bregmatik (kısa) çap alır (Yılmaz Güleş, 2019).

İnternal Rotasyon: Fetus başı uterus kontraksiyonları ile aşağı inerken iç rotasyon yapar. Fetal başın pelvis çıkımından rahat çıkabilmesi için simfizis pubise doğru dönmesi gerekir (Yalçınsoy, 2019). Doğumun normal ilerleyebilmesi için iç rotasyon yapması şarttır (Sak, 2019).

Ekstansiyon: İnternal rotasyondan sonra baş vulvada fleksiyon halindedir. Başın perineden sıyrılıp çıkabilmesi için ekstansiyon yapması gerekir ve bu şekilde doğum kanalından çıkar (Sak, 2019).

Eksternal Rotasyon: Fetusun biakromial çapını pelvik çapına denk getiren harekettir. Omuzlar pelvik çıkıma paralel pozisyon alır (Yalçınsoy, 2019).

Ekspulsiyon: Dış rotasyondan sonra uterus kontraksiyonları ve annenin ıkınma gücü ile önce üst omuz sonra alt omuz doğar. Fetusun geri kalan kısmı kolaylıkla çıkar (Yalçınsoy, 2019).



Şekil 2.3. Doğum eyleminin mekanizması

2.2.2.6. Endikasyonlar

Doğal ve fizyolojik olmasının yanı sıra doğum sonrasında anne, birkaç saat içinde günlük aktivitesine dönebilmekte ve bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir (Sak, 2019). Düşük enfeksiyon riski, erken toparlanma, daha az antestezi komplikasyonu da normal doğum endikasyonları arasında düşünülebilir.

2.2.2.7. Kontrendikasyonlar

Vajinal doğumun maternal kontrendikasyonları;

- ✓ Pelvik uyumsuzluk
- ✓ Eklampsi
- ✓ Kardiyovasküler hastalıklar
- ✓ Diyabet
- ✓ HELLP sendromu
- ✓ HIV enfeksiyonu
- ✓ Aktif genital herpes (Alice vd., 2015).

Vajinal doğumun fetal kontrendikasyonları;

- ✓ Makrozomiye bağlı mevcut sorunlar
- ✓ Kord prolapsusu
- ✓ Fetal malpozisyonlar
- ✓ Fetal malprezantasyon (Yaşar, 2006).

2.2.2.8. Komplikasyonlar

- ✓ Distosi
- ✓ Uterus rüptürü
- ✓ Kordon sarkması
- ✓ Akut fetal distres
- ✓ Uterus inversiyonu
- ✓ Uterus disfonksiyonu

- ✓ Puerperal sepsis
- ✓ Postpartum depresyon
- ✓ Perine, vajen, serviks laserasyonları
- ✓ Kemik pelvis anomaliler
- ✓ Omuz takılması (Yaşar, 2006).
- ✓ Fetusa ait anomaliler
- ✓ Fetusun prezantasyon bozuklukları
- ✓ Postpartum hemoraji
- ✓ Plasenta anomalileri
- ✓ Erken membran rüptürü
- ✓ Pre-term eylem
- ✓ Post-term eylem
- ✓ Koryoamniyonit (Yılmaz Güleş, 2019).

2.2.3. Müdahaleli Vajinal Doğum

Tıbbi gereklilik durumlarında doğum eylemini güvenli bir şekilde yönetmek ve sonlandırmak için kullanılan yöntemlerdir (Şentürk Erenel ve Çiçek 2018).

2017 yılında ülkemizde toplam doğum sayısı 720,141 ve müdahaleli doğum sayısı 21,897 iken, 2018 yılında ilk altı ay içerisinde elde edilen verilere göre toplam doğum sayısı 338.398 ve müdahaleli doğum sayısı 5.554 olarak bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2018).

Sezaryen doğum oranlarının artışı müdahaleli vajinal doğum oranlarının azalmasına etki etmektedir. Bunu destekler nitelikte 1996 yılında Amerika Birleşik

Devletleri’nde (ABD) müdahaleli vajinal doğum %10-15 iken bu oran 2010 yılında %3,6’ya kadar gerilemiştir. (Arslan ve Akçabay 2021).

Müdahaleli doğum eylemi için bazı koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu koşullar; ‘Serviks tamamen açık, incelmış ve membranlar açılmış olmalı, fetal baş angaje ve doğru pozisyonda olmalı, mesane boş olmalı ve vajinal doğum için gerekli şartlar sağlanmış olmalıdır (ACOG, 2015). Bu koşullar sağlanmadığı zaman müdahaleli vajinal doğum eylemi kontrendikedir.

2.2.3.1. Doğum İndüksiyonu

Doğum indüksiyonu; spontan başlamayan eyleme yönelik eylemi indüklemek amacıyla yapılan bir müdahale olarak bildirilmektedir. Doğum indüksiyonu, yaygın obstetrik prosedür olmakla birlikte ‘gebelik ve doğum sürecine müdahale etmenin en sert yollarından biri’ şeklinde tanımlanmaktadır (Eva vd., 2019).

Doğum indüksiyonunun amacı, uterusu düzenli kontraksiyonlar oluşturmak ve serviksi doğuma hazır hale getirerek vajinal doğumun gerçekleşmesini sağlamaktır (Türkler, 2019).

Anne ve fetus için gebeliğin devamının yararlı olmadığı durumlarda doğum indüksiyonu endikedir. Hipertansif bozukluklar ile maternal diabetes mellitus, erken membran rüptürü, fetal ölüm, postterm gebelik, oligohidroamnios gibi endikasyonların varlığında kullanılır. Ayrıca preeklampsi, eklampsi ve koryoamniyonit gibi durumlar da doğum eylemi indüksiyonunun endikasyonları arasında bildirilmiştir (ACOG, 2009).

Doğum indüksiyonunun kontrendikasyonları ise klasik uterin insizyon varlığı, aktif genital herpes varlığı, anormal plasental yerleşim, malprezentasyon olarak bildirilmiştir (ACOG, 2009).

Doğum eylemi sırasında, indüksiyon başarısını etkileyen birden fazla faktör bulunmaktadır. Bunlar; maternal ağırlık, gestasyonel hafta, parite, önceki doğum şekli, Bishop skoruna göre sınıflandırılan servikal olgunluk seviyesi olarak belirtilmiştir (Bay ve Bulut 2020).

Son yıllarda doğum indüksiyonu tercihi beraberinde ciddi morbidite riskini de getirmektedir. Ülkemizde gebelerin yaklaşık %20-30'unda doğum indüksiyonu kullanımı bildirilmektedir. Bu bulgu, doğum indüksiyonunun sık kullanılan bir müdahale olduğunu göstermektedir (Şahin ve Erbil 2019).

2.2.3.2. Epizyotomi

Epizyotomi, bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve perine yırtıklarını önlemek amacıyla; bebek başının doğumu esnasında bulbokavernöz kasa yapılan cerrahi insizyondur (Tok Yanık ve Ertem 2020).

İlk olarak 1742'de İrlanda'lı bir ebe tarafından tanımlanan epizyotomi 20. Yüzyılın ikinci yarısından sonra yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır. Sonraki yıllarda epizyotomi uygulamasını destekleyen çalışmaların sınırlı olmasına rağmen tüm dünyada rutin bir uygulama haline gelmiştir. Ülkemizde epizyotomi uygulanma sıklığı diğer ülkelerden biraz farklı olup; primiparlara rutin, multiparlara ise gerekli olduğunda uygulandığı bilinmektedir. (Yıldız Karaahmet ve Yazıcı 2017).

Yapılan bir çalışmada epizyotomi uygulanan 1317 doğuma ait veriler retrospektif olarak incelenmiş ve epizyotomi oranı nulliparlarda %89,7 ve multiparlarda %87,7 olarak bulunmuştur (Mehmet vd., 2013).

Epizyotomi sıklıkla fetal hipoksinin önlenmesi, doğumun ikinci evresinin kısaltılması, anal sfinkter yaralanmaları ve pelvis laserasyonlarının engellenmesi için uygulanan bir müdahale yöntemidir (Şentürk Erenel ve Çiçek 2018).

Literatürde epizyotominin kısa vadede perine travmalarına, üçüncü ve dördüncü derece laserasyonlara, pelvik ağrıya, kan kaybına, enfeksiyona, disparoniye, üriner inkontinansa neden olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Şentürk Erenel ve Çiçek 2018).

2016'da ACOG rutin epizyotomi uygulamasının pelvik taban hasarını etkilemediğini raporlamıştır. Bu sebeple epizyotominin doğum eyleminde rutin değil, sınırlı uygulamalarda kullanılmasını önermektedir (ACOG, 2016).

Yapılan bir araştırmada rutin epizyotominin anne ve bebek için faydası belirlenememiş ve seçici epizyotomi kullanımı sonucu daha az kadında perine travmasına rastlanmıştır (Hong vd., 2017).

2.2.3.3. Vakum Ekstraksiyonu

İlk vakum tanımlaması 1705 yılında İngiliz cerrah Dr James Yonge tarafından yapılmıştır (Ali ve Norwitz 2009). Fetus başına uygulanan negatif basınç sonucu vakum, saçlı deriye tutunur ve fetusun pelvisten geçişi sağlanır. Doğumun ikinci evresinin uzun sürmesi, maternal kardiyovasküler veya nörolojik bir hastalık varlığında, güven vermeyen fetal testler mevcut ise vakum uygulaması ile normal vajinal doğum gerçekleştirilebilir (Resul vd., 2014).

Vakum ekstraksiyonunun uygulanabilmesi için en az sekiz cm servikal açıklık ile fetus vertex prezentasyonunda, baş angaje olmuş, amnion zarı açılmış, yeterli anestezi sağlanmış ve epizyotomi uygulanmış olmalıdır. Vakum uygulamasında kısa vadede 3. ve 4. derece perineal yaralanmalar, doğum sırasında hematoma, üretra ve mesane yaralanmaları görülebilir. Erken neonatal komplikasyonlarında intrakraniyal kanama, brakial pleksus zedelenmesi görülmektedir (Resul vd., 2014).

2.2.3.4. Forseps Ekstraksiyonu

Forseps, fetusun başını kavrayarak bebeğin doğumuna yardımcı olmak için kullanımı 16. yüzyıllara dayanan bir traksiyon aletidir. Kullanımı giderek azalmış olsa da dünya genelinde oranı %1.5-26 arasında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde kullanımı ise alt sınırlara yakın olduğu düşünülmektedir (Şahin ve Erbil 2019).

Forseps uygulaması için serviks tam dilate olmalı, vertex prezantasyonda ve amniyon kesesi açılmış olmalıdır. Baş-pelvis uygunsuzluğu olmamalı ve mesane boş olmalıdır (Yakut, 2015). Perineal travma, postpartum kanama, perinede lacerasyonlar ile fetal yaralanmalar komplikasyonlar arasında yer almaktadır (Ganga vd., 2021).

2.2.3.5. Epidural Anestezi ile Doğum

Gebeler aktif doğum eyleminin başlaması ile birlikte şiddetli ağrılar hissetmeye başlarlar. Son yıllarda rejyonel anestezinin gelişmesi ile birlikte gebelerin doğum sancılarının azaltılması amacıyla epidural doğum yaygın hale gelmiştir (İsa Şükrü vd., 2019). Epidural doğum ile gebenin aktif doğum eylemi sırasında ağrılarının azaltılması ve doğuma fiziksel ve duygusal katılımının sağlanması amaçlanmaktadır (Öz, 2019).

Günümüzde doğum analjezisi amacıyla en sık kullanılan rejyonal anestezi tekniği epidural analjezi yöntemidir (Nurdan vd., 2019). Epidural analjezi ile gerçekleşen doğumlarda lokal anesteziyelere bağlı olarak ilaca bağlı akut tolerans gelişimi, opioidlere bağlı bulantı ve kusma, kaşıntı, idrar retansiyonu, solunum depresyonu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (İsa Şükrü vd., 2019).

2.2.4. Sezaryen Doğum

2.2.4.1. Tanımı ve Terminoloji

Sezaryen doğum; en az 500 gr olan fetusun ve beraberinde plasenta ve eklerinin abdomen ve uterus duvarına açılan insizyon ile dışarı çıkarılmasıdır (F.Gary vd., 2018). Vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda, maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede artış riski söz konusu ise uygulanan bir cerrahi işlemdir (Korkut ve Kaya 2019).

2.2.4.2. Tarihçe ve Teknik

Operasyon ismini nereden aldığı konusunda üç farklı teori ortaya atılmıştır.

- ✓ Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olduğuna dair görüşler mevcuttur.
- ✓ Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek manasına geldiği ve sezaryenin bu fiilden türediği düşünülmektedir.

- ✓ Roma yasalarına göre gebeliğinin son haftalarında ölen kadınların bebeğini kurtarmak için uygulanan bu yöntemin ismi 'lex caesarea' olarak bilinmektedir (Aktaş ve Gönenç 2011).

1581 yılında ilk kez sezaryen doğumlar ile ilgili yazılar yazan François Rousset, kendisine gelen bilgiler ışığında 14 tane sezaryen doğum tanımlamıştır. 17. yüzyılın ortalarından itibaren hekimler tarafından abdominal doğumlar daha fazla bildirilmeye başlanmıştır. Sezaryen oranlarının düşük olmasının en önemli nedeni cerrahi tekniklerde yetersizliklerdi. İlk başlarda cerrahlar kestikleri uterusu tekrar dikmekten çekindikleri için çok fazla kanama görülmekte ve anne ölüm oranları artış göstermekteydi. Hatta bazı cerrahlar sezaryen sonrası kanama kontrolünü sağlamak için uterusun tümüyle alınmasını önermekteydiler (Ceylantekin, 2006).

1882'de Max Sanger'in uterus duvarının dikilebileceği önerisi sezaryen için bir gelişme olarak kayıt edilmiştir. Daha öncesinde uterusa herhangi bir işlem uygulanmamaktaydı. Bu da kadınların enfeksiyondan daha çok kanamadan ölmesine neden olmaktaydı. Max'ten altı yıl önce İtalyan Profesör Eduardo Porro, uterus kanamasını kontrol altına alabilmek için ve sepsisi önlemek için sezaryenler ile birlikte histerektomiyi savundu fakat sepsis ve kanamayı azaltmış olsada kısırlığa yol açması sebebiyle uterus dikişlerinin kullanımı terkedilmiştir (Bedir, 2019).

1926'da Kerr yukarı doğru uzanan hilal görüntüsünde insizyonu önermiştir ve Kerr tekniği günümüzde en sık kullanılan tekniktir (Kerr, 1926). Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği ilk başarılı sezaryen operasyonu 1900'lü yılların başında saray cerrahı Cemil Topuzlu tarafından yapılmıştır (Söylemez, 2019).

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO)'na göre sezaryen isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenler ile yapılması gerekmektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG)'a göre ise 39'uncu haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılması uygun değildir. Tıbbi nedenler dışında yapılan sezaryenin anne ve bebek sağlığına getirdiği yükler göz önüne alınırsa, endikasyon dışı sezaryenden kaçınılması gerekmektedir (Seçil vd., 2013).

Sezaryen doğumda ciltten başlanarak sekiz tabaka kesilmektedir. Bu tabakalar sırası ile;

- ✓ Cilt
- ✓ Cilt altı yağ dokusu
- ✓ Kasların koruyucu kılıfı
- ✓ Kas tabakası
- ✓ Karın iç zarı
- ✓ Uterus zarı
- ✓ Uterus kası
- ✓ Amniyon zarı (Ceylantekin, 2006).

2.2.4.3. İnsidans

Sezaryen doğumun artışın sebepleri arasında operasyon tekniğinde gelişmeler ve anestezi tekniğinde ilerlemeler, pelvik relaksasyonun önleneyeceği düşüncesi, doğum zamanının belirlenebilir olması, doğum kaygılarına bağlı olan gebe istemi, fetal monitörizasyon kullanımının yaygınlaşması ile hekimlerin yaşadıkları malpraktis davaları, elektif sezaryenin avantajlı görülmesi, prenatal dönemde gebelerin yeterli eğitim almaması, yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi, sistemik hastalıklar sebebiyle riskli gebe sayısındaki artış ve ileri yaş gebelikler sezaryen oranlarının artmasındaki en önemli faktörler olarak bilinmektedir (Meltem vd., 2013).

Hekim isteği ve yönlendirmesi, sezaryen doğumun daha güvenilir olduğu düşüncesi, gebelerin doğum ağrılarını çekmek istememeleri, normal doğum korkusu ile sezaryen doğumun konforlu olup, kadınların tüp ligasyon isteği sezaryen doğumu artıran faktörler arasında bildirilmiştir (Başar ve Yeşildere Sağlam 2018).

Günümüzde artan sezaryen oranlarında mediko-legal faktörler ve sezaryen sonrası vajinal doğumun azalması da önemli rol oynamaktadır. Yeterli kontraseptif bilgi eksikliği ile özellikle kırsal alanda çok sayıda çocuk sahibi olma isteği sezaryen

sayısını artırmaktadır ve çoklu sezaryenlerin maternal morbidite ve mortalite üzerinde etkileri çalışmalar tarafından bildirilmiştir (Mustafa vd., 2015).

2014 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda sezaryen oranları %35,5 iken özel kurumlarda %69,5 ve üniversite hastanelerinde %63,8 olarak bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). 2017 yılında ise bu oranlar sırası ile %38,7 , %69,7 ve %68,2 olarak bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). 2020 yılında ise bu oranların Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda %42,8 iken özel kurumlarda %74,1 ve üniversite hastanelerinde %71,4 e yükseldiği görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye'de her beş senede bir yapılan TNSA verilerine göre 1993'de tüm doğumlar arasındaki sezaryen oranı %7 iken, 1998'de %14, 2003'de %21, 2008'de %37, 2013'de %48 ve 2018'de %52 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2018).

Dünya'da 2019 verilerine göre sezaryen doğumların canlı doğumlar içindeki oranlarının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında %54,4 Türkiye, %45,2 Güney Kore, %38,9 Polonya, %38,0 Macaristan, %33,8 İtalya, %30,2 Almanya, %29,3 Avusturya, %27,4 Birleşik Krallık, %23,8 Çek Cumhuriyeti, %19,7 Fransa, %16,6 İsveç, %16,2 Hollanda, %14,8 İsrail olarak bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Türkiye'de sezaryen doğum oranları vajinal doğum oranlarından daha fazladır. Türkiye'de 2020 yılında gerçekleşen tüm doğumların %57,3'ü sezaryen, %28,8'i primer sezaryen olarak gerçekleşmiştir. 2021 Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporuna göre Türkiye'de gerçekleşen her 1000 canlı doğumdan 544'ü sezaryen ile gerçekleştiği bildirilmiştir.

Her 1000 canlı doğumda gerçekleşen sezaryen oranları en yüksek ülkeler sırası ile Meksika (550), Türkiye (544), Kore (475), Polonya (390), Macaristan (383), İtalya (327), Avusturya (297), Almanya (296), Birleşik Krallık (295), Çek Cumhuriyeti (233), Fransa (198), Hollanda (157), İsrail (151) olarak belirlenmiştir (OECD, 2021).

2.2.4.4. Endikasyonlar

- ✓ Maternal endikasyonlar; Spesifik kalp hastalığı, spesifik respiratuar hastalık, alt uterin segmentte tümör veya myom varlığı ile vulvar mekanik obstrüksiyon (kondilomlar) ve aktif genital herpes varlığı (Korkut ve Kaya 2019). Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD), dinamik distosi ile doğum yolu ile ilgili sebepler (Güzel, 2014).
- ✓ Fetal endikasyonlar; vertex dışı prezentasyonlar, çoğul gebelikler, fetus anormallikleri (hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik), güven vermeyen fetal durum (fetal asfiksi, fetal distres) gibi durumlar (Korkut ve Kaya 2019).
- ✓ Fetus ekleri ile ilgili endikasyonlar; plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa, plasenta insersiyon anormallikleri (Korkut ve Kaya 2019).

2.2.4.5. Kontrendikasyonlar

Karın duvarı enfeksiyonları, ölü veya anomalili fetus da sezaryen kontrendikasyonları arasındadır (Söylemez, 2019). Sezaryen doğum için spesifik bir kontrendikasyon belirtmek oldukça güçtür. Ancak maternal veya fetal mortalite riski diğer doğum yöntemlerine kıyasla daha yüksek ise sezaryen doğum kontrendikedir.

2.2.4.6. Komplikasyonlar

Maternal Uzun Dönem Komplikasyonları

- ✓ Adezyonlar
- ✓ İnce bağırsak tıkanıklığı
- ✓ Menoraji
- ✓ Dismenore
- ✓ Kronik ağrı
- ✓ Subfertilite ve cinsel disfonksiyon

- ✓ Pelvik organ prolapsusu (Oonagh vd., 2018).

Maternal Kısa Dönem Komplikasyonları

- ✓ Endometrit
- ✓ Yara yeri komplikasyonları
- ✓ Venöz tromboemboli
- ✓ Anestezi komplikasyonları
- ✓ Postpartum depresyon (Nooshin vd., 2019).

Fetal/Yenidoğan/Çocukluk Dönemi Komplikasyonları

- ✓ İnsizyon esnasında fetal yaralanma
- ✓ Doğum travması
- ✓ Respiratuar distres sendromu (Sak, 2019).

Karolinska Enstitüsü'nde sezaryen ve vajinal doğan bebeklerin kan örnekleriyle ilgili bir çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmaya göre sezaryenle doğan bebeklerin lökositlerinde DNA-metilasyonu vajinal doğan bebeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda sadece allerji ve astım değil, sezaryen doğumların immünolojik hastalıklarla da bağlantılı olabileceği düşünülmüştür (Schlinzig, 2009).

2.2.5. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

2.2.5.1. Tanımı ve Terminoloji

Daha önce sezaryen yöntemi ile doğum yapmış gebelerin vajinal doğum yapmaları için planlanmış bir girişim olarak tanımlanır (Yang vd., 2021). Dünya genelinde giderek artan sezaryen oranlarını azaltmak için sağlık yöneticileri çözüm arayışı içindedir. Çeşitli ülkelerin dernekleri tarafından kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda hazırlanan sezaryen sonrası vajinal doğum rehberleri hazırlanmıştır: (Şentürk Erenel ve Pelit Aksu 2017)

Yeni Zelanda (The New Zealand Guidelines Group=NZGG)

Kanada (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada=SOGC)

Fransa (The French College of Gynecologists and Obstetricians=CNGOF)

İrlanda (The Royal College of Physicians of Ireland=RCPI)

İngiltere (The Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists=RGOC) ve The National Institute for Health and Care Excellence=NICE)

ABD (American College of Obstetricians and Gynecologists=ACOG) ve Amerikan Academy of Family Physicians=AAFP)

Türkiye (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi)

Hazırlanan rehberlerde; sezaryen sonrası vajinal doğum uygulama kriterleri, sezaryen sonrası vajinal doğum başarısını etkileyen faktörler, yararları ve riskleri, kayıt ve bilgilendirme konuları yer almaktadır.

Türkiye Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi'ne göre sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamasının yaygınlaştırılması için bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu hususlar arasında kadının sezaryen sonrası vajinal doğum yapabilme kriterleri hakkında bilgilendirilmesi ve bu kriterlere sahip olması ile sezaryen sonrası vajinal doğum yapılacak merkezin bazı donanımlara sahip olması gerekmektedir (Şentürk Erenel ve Pelit Aksu 2017).

Şüphesiz ki sezaryen oranlarının artışının en önemli sebeplerinden biri de geçirilmiş sezaryenlerdir. Bu durum ilk kez 1916 yılında Edwin B. Cragin tarafından ortaya atılan 'bir kez sezaryen, hep sezaryen' düşüncesi ile ortaya çıkmıştır ve ilerleyen yıllarda oranları artarak devam etmiştir (İnegöl Gümüş ve Kamalak 2010).

Sezaryen oranları ile mücadele de primer sezaryen oranlarının azaltılmasının yanı sıra daha önce sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamalarını destekleyerek sezaryen oranlarını azaltmaya çalışmak da bir yöntemdir (Raziye vd., 2022).

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği'nin (ACOG) yayınladığı rehberde alt segment transvers kesili kadınların sezaryen sonrası vajinal doğum adayı olabileceklerini ve bu amaca uygun olarak da daha önceki sezaryenlerde insizyon tipinin değerlendirilmesinin önemi belirtilmiştir (Şentürk Erenel ve Pelit Aksu 2017). Ayrıca RGOC'da daha önce sezaryen ile doğum yapmış kadınlara bir sonraki doğumu için sezaryen sonrası vajinal doğum yöntemini tavsiye etmiştir (Renuka vd., 2021).

Özellikle uygun gebe grubunun belirlenmesi ve sezaryen sonrası vajinal doğuma yönlendirilmesinin, vajinal doğuma göre daha fazla komplikasyona neden olan sezaryen hızını azaltmada önemi ortaya çıkmıştır (İlay vd., 2016).

Bu alanda yapılan çalışmalar ve uygun hasta seçimi ile sezaryen sonrası vajinal doğum başarısı %74-85 arasında gösterilmiştir. Doğumlar arasındaki süresinin uzun olması vajinal doğumun başarısını artırmaktadır. Sezaryen yöntemi ile gerçekleşen doğumlardan 2-4 yıl sonrasında önerilen vajinal doğumların daha başarılı olduğu ve daha az komplikasyon riski geliştiği belirlenmiştir (Azadeh vd., 2020).

Sezaryen sonrası vajinal doğum önerilen kadınlarda en ciddi komplikasyon uterin rüptürdür. Yapılan bir çalışmada daha önce transvers insizyon ile yapılan sezaryen doğumdan sonra gerçekleşen normal vajinal doğumda uterus rüptürü insidansının %0,5 ile %0,9 arasında olduğu bildirilmiştir (Yang vd., 2021).

Yine Türkiye'de 1987-1994 yılları arasında, daha önce sezaryen yöntemi ile doğum yapmış ve sezaryen sonrası vajinal doğum önerilen 20000 gebeyi inceleyen çalışmalar derlenmiş ve başarı oranlarının %75 ile %82 arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca uterin rüptür oranının %0,2 ile %0,8 arasında değiştii belirlenmiştir (Gözükara ve Eroğlu 2011).

Tayvanda yapılan bir çalışmada daha önce sezaryen öyküsü olan 156 kadın içinden 37 kadın uygun görülmüştür ve başarı oranı %86,0 olarak belirlenmiştir (Yi Ting vd., 2022).

2.2.5.2. Yararları

Ölüm oranlarında azalma, sezaryen doğumlara göre daha az risk ve daha az kan transfüzyonu ihtiyacı görülmektedir. Doğum sonrası ağrı, enfeksiyon ve depresyon riski daha azdır. Üriner ve barsak yaralanma riski daha düşüktür. İyileşme süresi daha kısadır ve anne bebek etkileşimi daha erken sürede başlamaktadır (Ertem ve Koçer 2008).

2.2.5.3. Gerekli Şartlar

Pelvis, vajinal doğum için uygun olmalıdır. Sezaryen transvers insizyonla yapılmış olmalıdır. Önceki sezaryen olma süresi iki yıldan fazla olmalıdır. Vajinal doğum kontrendikasyonları olmamalıdır (Yang vd., 2021). Uterin rüptür ve uterusda sezaryen dışı başka bir skar olmamalıdır. Fetus 4000 gramın altında olmalıdır. Sezaryen sonrası vajinal doğum yapılacak yerde 24 saat hizmet veren bir kan bankası bulunmalı ve fetal monitorizasyon sağlanmalıdır. Doğum yapılan merkezde yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmalıdır. Obstetrik anestezi ve sezaryen ekibi hazırda bulunmalıdır (Ertem ve Koçer 2008).

2.2.5.4. Riskli Durumlar

Önceki insizyonu vertikal veya T şeklinde olanlar, uterus rüptürü ve vajinal doğuma engel olabilecek maternal ve fetal durumların varlığında sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmemektedir (Şentürk Erenel ve Pelit Aksu 2017).

2.3. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Ebinin Rolü

Ebelik mesleği, bilim ve sanatın birleşip ruh ve etik değerler üzerine temellenmiş bir sağlık disiplini. DSÖ ebeyi, ‘gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, kendi sorumluluğunda vajinal doğumları yaptırmak, aile planlaması danışmanlığını ve yenidoğan bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişi’ şeklinde tanımlanmıştır (Korkut ve Kaya 2019). Bugün dünyada bulunan tüm ebeler, kadın sağlığı ve doğum hizmetlerinde primer bakım verici sağlık çalışanı olarak kabul edilmektedir (Kızılca Çakaloz ve Çoban 2019).

Doğum eylemi kadın hayatındaki en önemli olaylardan biridir ve fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan önemli bir deneyim olarak değerlendirilir (Bilgehan vd., 2020). Gebelik süreci boyunca alanında uzmanlaşmış ebelerin verdikleri bakım ve danışmanlık hizmetleri ile çiftlerin doğum eylemi konusunda bilgilendirilmeleri ve doğum şekli tercihlerinde karar verme sürecine destek olmaları beklenir.(Uzun ve Dağ 2019).

Ebelik uygulamalarının yeterli olduğu Hollanda, Yeni Zelanda, Avusturya, İngiltere ve İrlanda gibi ülkelerde müdahaleli vajinal doğum oranları düşüktür. Bu ülkelerde antenatal ve postnatal hizmetler, ebe liderliğinde ve devamlı olarak sürdürülmekte ve gebeler prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar danışmanlık, izlem ve eğitim hizmetlerini almaktadır (Kızılca Çakaloz ve Çoban 2019).

Gebelik sürecinde önemli husus gebelerin antenatal eğitimlerini tamamlayıp doğum ile ilgili bilinçli ve uyumlu olmalarıdır (Pakize Özge vd., 2021).

Gebelik sürecinde gebe kadınların hemşireler ve ebeler tarafından dikkatlice izlenmesi ve durumlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu süreç içerisinde gebeler için planlanan eğitim programlarının hazırlanmasında, gebelerin bilgi düzeyleri ile doğru ve yanlış bilgilerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Söylemez, 2019). Bu şekilde yakından izlenen gebeler kendilerini daha çok güvende hissedecek ve doğumla daha iyi baş edebilecek, daha az tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyacaklardır (Kızılca Çakaloz ve Çoban 2019).

Kadınlar doğum yöntemine karar verirken bir çok faktörden etkilenebilmektedir. Aile ve arkadaş çevresi, medya ve sağlık personeli tercihleri etkileyen faktörler arasında önceliklidir (Uzun ve Dağ 2019). Önemli olan gebelerin doğru kaynaklar tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilerek gebelerin kendileri için uygun doğum şekline karar vermelerine olanak sağlamaktır (Demirsoy ve Aksu 2015).

Bu nedenle sağlık hizmetlerinde görevli tüm ebeler, gebelerin sezaryen tercihlerini etkilemede önemli faktörlerdir. Ebeler mesleğin etik ilkelerine dayanarak gebelere ve ailelerine gebelik sürecinin ilk dönemlerinden itibaren doğru eğitimler vererek, tüm olası durumlar gebelere ve ailelerine detaylı anlatılmalı ve yönlendirici olmadan gebelerin kararları desteklenmeli ve danışmanlık yapılmalıdır (Mutlu Çubuk, 2014).

Tıbbi nedenler dışında gerçekleşen sezaryen ile doğum oranlarını düşürmek ve vajinal doğum oranlarını artırmak için kadının doğum yöntemi tercihini etkileyen faktörler saptanmalıdır ve bu yönde programlar oluşturulmalıdır (Seçil vd., 2013).

Prenatal eğitimin amacı aynı zamanda sağlık alışkanlıkları kazandırmak, anksiyeteyi minimuma indirmek ve kadını vajinal doğum yapmaya cesaretlendirmektir (Yakut, 2015). Prenatal eğitim için programlanmış gebe eğitim sınıfları gebelik, doğum eylemi, solunum ve gevşeme egzersizleri ve doğum sonrası döneme uyum sağlama gibi konularda anne adayını ve eşini hazırlamaktadır (Yalçınsoy, 2019). Eğitim alan gebelerin sezaryen tercih oranlarının azaldığı, doğum eyleminde aktif ve kontrollü olabildikleri, doğum sonu daha hızlı emzirme ve bebek bakımı sağlayabildikleri saptanmıştır (Altıparmak ve Coşkun 2016).

Gebe kadınların yaklaşık %80'i doğum şekli ile ilgili korku ve endişe yaşadığını belirtmektedir (Elisabet vd., 2016). Gebeliğin fizyolojik süreci ve doğum eylemi konusunda yeterli danışmanlık almayan gebeler vajinal doğumda bebeğinin risk altında olduğunu ve dayanılmaz ağrı çekeceğini düşündüğü için korku ve endişe yaşamaktadırlar (Meltem vd., 2013).

Gelir düzeyi yüksek ülkelerde yeterli gebelik bakımı olmasına rağmen, yaşanan doğum korkusu gebelerin sağlığını ve refahını olumsuz etkileyen yaygın bir sorun olup, gebelerin sezaryen taleplerinin artmasına neden olmaktadır (Christina vd., 2018).

Ebe ve hemşirelerin bu süreçte gebelere yaklaşımı oldukça önemlidir. Gebelerin doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini ve duygularını paylaşabileceği ortamlarda yeterli danışmanlık ve eğitim ile beraber gebelerin korkuları azaltılabilir, normal doğum eylemi için kendine olan güveni artırılabilir. Bu yaklaşımın doğum sürecine olumlu etkisi olduğu görülmektedir (Uçar ve Gölbaşı 2015). Doğum şekillerinin fayda ve riskleri gebelere gerçekçi ve bilimsel bir şekilde anlatılmalıdır (Dilek vd., 2016).

Yapılan bir araştırmaya göre vajinal doğum yapan kadınların, sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınlara göre ebe desteği algısı daha fazladır. Doğum sırasında ebe desteği vajinal doğumu artıran bir faktördür (Aslan ve Okumuş 2017).

Ebelik bakımına olan talep yıldan yıla artmaktadır ve vajinal doğumun teşfiki, ebelik bakım felsefesinin önemli bir parçasıdır. Doğum ve doğum sonrasında ebelik bakımı ve desteği alan kadınların sezaryen veya diğer müdahalelere ihtiyacı azalmaktadır (Butler, 2017).

Sonuç olarak gereksiz sezaryen operasyon oranlarının azaltılmasında, kadınların doğum kararı özelliklerinin irdelenmesi ve desteklenmesi atılacak en önemli adımlardan biridir.

2.4. Karar Verme Ve Karar Verme Stilleri

Karar verme zihinsel bir süreç olarak algılanır ve insan yaşamının en önemli becerilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Karar verme akıl, bilinç ve irade uyumu ile donatılmış insana özgü bir davranış biçimidir. Doğru kararlar vermek insan yaşamında olumlu gelişmelere sebep olurken, yanlış kararlar vermek bireyin yaşamında olumsuzluklar ile sonuçlanabilir. (Adair, 2000, Antonia vd., 2002, Chris vd., 2007).

Karar vermek, istenilen sonuçları almak için yapılan bir eylemdir. Bazen verilen bir kararın birden fazla sonuca yol açtığı görülebilir. Ortaya çıkabilecek sonuçların neler olabileceği bazen bilinirken bazen hiç bilinmeyebilir. Sonuçların bilinir olma derecesine göre karar verme süreci hızlanabilir yada sonuçların belirsizliğine göre karar verme süresi uzayabilir. Primipar gebelerin doğum eylemi konusunda belirsizlik yaşamalarından dolayı, doğum şekli kararlarında güçlük yaşadıkları düşünülebilir.

Deniz'in (2004) yapmış olduğu çalışmaya göre bireyler karar verirken; dikkatli, kaçınan, erteleyici ve panik karar verme stillerini kullanırlar. Dikkatli karar verme stilini uygulayan kişiler, karar vermeden önce bilgi ile ilgili araştırmalar yapar ve dikkatli değerlendirme yaptıktan sonra tercihlerini yaparlar. Kaçınan karar verme stilini uygulayan kişiler, genelde karar vermekten kaçınır ve kararları başkalarına bırakmayı tercih ederler. Erteleyici karar verme stilini uygulayan kişiler, kararlarını sürekli erteler, geciktirir ve netleştiremezler. Panik karar verme stilini uygulayan kişiler ise karar aşamasında kendilerini baskı altında hisseder ve hızlıca çözüme ulaşmayı hedefler (Deniz, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran gebelerin doğum şekli tercihleri ve bunları etkileyen faktörleri tespit etmek amacı ile tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Kırklareli merkez ve ilçelerindeki 5 farklı devlet hastanesinde, 23.02.2022-25.08.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Babaeski Devlet Hastanesi, Vize Devlet Hastanesi, Pınarhisar Devlet Hastanesi araştırma yeri olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini 23.02.2022-25.08.2022 tarihleri arasında Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran tüm gebeler oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 23.02.2022-25.08.2022 tarihleri arasında Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran tüm gebeler içinden basit tesadüfi örnekleme ile seçilen 188 gebe oluşturmaktadır. Basit Tesadüfi Örnekleme evreni oluşturan bireylerin tamamının örneğe girme şansının tamamen eşit ve tesadüfi olduğu örneklemdir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2014).

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

- Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan gebelerin, doğum şekli kararları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

- Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan gebelerin MKVÖ I-II'den aldıkları puanlar, sosyodemografik özellikler, obstetrik özellikler ve doğum şekline karar verme durumlarına ilişkin veriler araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: Gebelerin doğum şekli tercihleri ile Sosyo-Demografik özellikleri arasında ilişki yoktur.

H1: Gebelerin doğum şekli tercihleri ile Sosyo-Demografik özellikleri arasında ilişki vardır.

H0: Gebelerin doğum şekli tercihleri ile Obstetrik özellikleri arasında ilişki yoktur.

H1: Gebelerin doğum şekli tercihleri ile Obstetrik özellikleri arasında ilişki vardır.

H0: Gebelerin doğum şekli tercihleri ile Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II) Düzeyleri özellikleri arasında ilişki yoktur.

H1: Gebelerin doğum şekli tercihleri ile Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II) Düzeyleri arasında ilişki vardır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Obstetrik Özelliklerini İçeren Anket Formu

Anket formları araştırmacı tarafından literatür taranarak Sosyo-demografik özellikleri içeren 14 soru, Obstetrik özellikleri içeren 56 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2 Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)

Geçerlik ve güvenirlik çalışması Deniz (2004) tarafından yapılmış olan Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği(MKVÖ I-II) iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda (MKVÖ I) karar vermede öz-saygıyı ölçen 6 madde mevcuttur. 1., 3., 5. Maddeler ölçeğin üzerinde olduğu gibi 2., 4., 6. maddeler tersi puanlanır. Doğru: 2 puan, bazen doğru: 1 puan, doğru değil: 0 puan olarak değerlendirilir. İkinci kısımda (MKVÖ II) ise karar verme stilleri dört alt boyutta ölçülmektedir. "Dikkatli" alt boyutunda 6 madde, "Kaçınan" alt boyutunda 6 madde, "Erteleyici" alt boyutunda 5 madde ve "Panik" alt boyutunda ise 5 madde mevcuttur. Dikkatli alt boyutunda: 2, 4, 6, 8, 12, 16. maddeler, Kaçınan alt boyutunda: 3, 9, 11, 14, 17, 19. maddeler, Erteleyici alt boyutunda: 5, 7, 10, 18, 21. maddeler, Panik alt boyutunda: 1, 13, 15, 20, 22. maddeler değerlendirilir. Doğru: 2 puan, bazen doğru: 1 puan, doğru değil: 0 puan şeklinde puanlama yapılır ve MKVÖ-II'de tersi puanlama yoktur. Tüm maddelerde "Doğru", "Bazen doğru", "Doğru değil" şeklinde cevaplar bulunmaktadır. Deniz (2004)' ün çalışmasında güvenirlik katsayıları "(MKVÖ I) "Öz-saygı" için $\alpha=0,72$; "(MKVÖ II) Dikkatli" alt boyutu için $\alpha=0,80$, "(MKVÖ II) Kaçınan" alt boyutu için $\alpha=0,78$, "(MKVÖ II) Erteleyici" alt boyutu için $\alpha=0,65$ ve "(MKVÖ II) Panik" alt boyutu için $\alpha=0,71$ olarak bulunmuştur. Bu çalışma için alfa değerleri “(MKVÖ I) Öz-saygı” için $\alpha=0,92$; “(MKVÖ II) Dikkatli” alt boyutu için $\alpha=0,65$, “(MKVÖ II) Kaçınan” alt boyutu için $\alpha=0,22$, “(MKVÖ II) Erteleyici” alt boyutu için $0,15$ ve “(MKVÖ II) Panik” alt boyutu için $0,16$ bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Anket Formu (Ek-4) ve Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II (MKVÖ I-II) (Ek-6) kullanılarak toplanmıştır. Çalışma örneklemine alınan gebeler ile hafta içi beş gün saat 09.00-16.00 saatleri arası yüz yüze görüşme tekniği ile çalışmaya katılan gebelerin bilgileri saklı tutularak veri toplama araçları uygulanmıştır.

3.7. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.7.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Gebenin, 6 ile 40. gestasyon haftaları arasında primipar veya multipar olması,
 Gebenin araştırmaya katılmaya gönüllü gebe olması,
 Gebenin okuma-yazma bilmesi,
 Gebenin riskli gebelik tanısı almamış olması,
 Gebenin sezaryen endikasyonu taşımayan bir gebe olması

3.7.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Gebenin polikliniğe sancı ile başvuran taravaydaki gebe olması,
 Gebenin tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığı olan bir gebe olması,
 Gebenin araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bir gebe olması,
 Gebenin daha önce sezaryen ile doğum yapmış bir gebe olması,
 Gebenin plasenta previa gibi sezaryen endikasyonu taşıyan bir gebe olması,
 Gebenin yabancı uyruklu olması,
 Gebenin 18 yaşından küçük olması.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid-19 salgını nedeni ile yüksek örneklem hacmine ulaşamaması
 Özel hastanelere başvuran gebelerin araştırmaya dahil edilememesi

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan (Protokol No: PR0347R0, Karar No: 20, Karar Tarihi, 21.06.2021)

Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı. (İl Sağlık Karar Numarası Tutanağı). Çalışmada kullandığımız Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği I-II için gerekli izinler alındı. Örneklem dahil edilen tüm gebelere görüşme öncesi araştırmanın amacı açıklanarak sözel bilgilendirme yapıldı ve bilgilendirilmiş gönüllü formu imzalatıldı. Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Karar No: 4, Karar Tarihi: 21.02.2022

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 20 programından yararlanılmıştır. Bulgular kısmında araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ve obstetrik özelliklerine ait frekans (n) ve oran (%) bilgileri tablolar halinde sunulmuştur. Ayrıca Araştırmada kullanılan “Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği (MKVÖ I-II)” ne ait güvenirlik katsayıları (Cronbach Alfa) tablolar halinde verilmiştir. Araştırmada kullanılan "Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği (MKVÖ I-II)"ne maddelerine ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama ve standart sapma) de tablolar halinde verilmiştir. Gebelerin "Doğum şekli tercihleri" ile "Sosyo-Demografik özellikleri / Obstetrik özellikler / MKVÖ I-II düzeyleri" arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Kategorik değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesinde "Ki-Kare Bağımsızlık Testi" kullanılmış olup bu testin gerektirdiği varsayımların sağlanmadığı 2x2 lik tablolarda ise "Fisher'in Kesin Testi (Fisher' s Exact Test)" kullanılmıştır. Değişkenlerden birinin dikotom (iki uçlu) kategorik diğerinin ise sürekli tipte olduğu durumlardaki ilişki için çift serili korelasyondan yararlanılmıştır. Bunun için sürekli tipteki değişkenlerin dağılımının normalliği Kolmogorov-Smirnov Normallik testi ile incelenmiştir. Normallik sağlanmadığından biri dikotom diğeri ise sürekli tipte olan değişkenlerin arasındaki ilişki için rank çift serili korelasyondan yararlanılmıştır. Ayrıca biri dikotom diğeri ise sıralı (ordinal) yapıdaki değişkenlerin arasındaki ilişki için de rank çift serili korelasyondan faydalanılmıştır.

Tüm hipotez testleri için anlam düzeyi olarak %5 değeri esas alınmıştır.

3.11. Araştırma Takvimi

- **Literatür tarama:**10.05.2021–10.09.2021
- **Araştırmanın planlanması:** 15.09.2021–15.01.2022
- **Verilerin toplanması:** 23.02.2022–25.08.2022
- **Veri tabanının oluşturulması ve düzenlenmesi:** 26.08.2022-10.09.2022
- **Verilerin analizi ve tezin yazımı:** 10.09.2022–28.11.2022

4. BULGULAR

Yürütülen çalışmada elde edilen bilgiler doğrultusunda bulgular üç bölümde incelenmiştir. Bunlar; gebelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği'nden alınan puanları içermektedir.

Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Frekans Dağılımları

Tablo 4.1: Gebelerin "Yaş", "Evlenme Yaşı" ve "Evlilik Süreleri" ne Göre Dağılımları (n=188)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Yaş (Minimum:19 Maksimum:39 Medyan:27 Ortalama=27,45±4,98)		
18 – 27	104	55,3
28 – 34	64	34
35 veya üzeri	20	10,6
Evlenme yaşı		
15-20	57	30,3
21-29	129	68,6
30-39	2	1,1
Evlilik Süresi		
1-5 Yıl	119	63,3
6-10 Yıl	54	28,7
11 Yıl ve üzeri	15	8,0
Eşinin Yaşı		
20-30	64	34,0
31-40	107	56,9
41-45	17	9,0
TOPLAM	188	100,0

Tablo 4.1 incelendiğinde gebelerin %55,3' ü "18 - 27" yaş aralığında, %34' ü "28 - 34" yaş aralığında ve %10,6' s 35 veya üzeri yaştadır.

Evlenme yaşlarına bakıldığında gebelerin %30,3' ünün "15-20" arası, %68,6' sının "21-29" arası ve %1,1' inin "30-39" arası yaşta olduğu görülmektedir.

Evlilik sürelerine bakıldığında gebelerin %63,3' nün "1-5 Yıl" arası, %28,7' sinin "6-10 Yıl" arası ve %8' inin "11 Yıl ve üzeri" evliliklere sahip olduğu görülmektedir.

Gebelerin eşlerinin yaşlarına bakıldığında eşlerin %34' ü "20-30" arası yaşta, %56,9' unun "31-40" arası yaşta ve %9' unun "41-45" arası yaşta olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Gebelerin ve Eşlerinin "Eğitim Durumları" ve "Meslekleri" ne Göre Dağılımları (n=188)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)	Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Eğitim Durumu			Eşinin Eğitim Durumu		
Okuryazar	39	20,7	Okuryazar	16	8,5
İlköğretim mezunu	16	8,5	İlköğretim mezunu	18	9,6
Ortaöğretim mezunu	15	8,0	Ortaöğretim mezunu	14	7,4
Lise Mezunu	31	16,5	Lise Mezunu	35	18,6
Önlisans mezunu	39	20,7	Önlisans mezunu	35	18,6
Lisans mezunu	48	25,5	Lisans mezunu	70	37,2
Meslek			Eşinin Mesleği		
Çalışmıyor	136	72,3	Çalışmıyor	10	5,3
Memur	27	14,4	Memur	29	15,4
İşçi	25	13,3	İşçi	149	79,3
TOPLAM	188	100,0	TOPLAM	188	100,0

Tablo 4.2’de gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında %20,7’si okuryazar, %8,5’i ilköğretim mezunu, %8’i ortaöğretim mezunu, %16,5’i lise mezunu, %20,7’si önlisans mezunu ve %25,5’i lisans mezunu olarak belirlenmiştir. Gebelerin meslek bilgilerine bakıldığında %72,3’ünün çalışmadığı, %14,4’ünün memur ve %13,3’ünün işçi olduğu görülmektedir.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında %8,5’i okuryazar %9,6’sı ilköğretim mezunu, %7,4’ü ortaöğretim mezunu, %18,6’sı lise mezunu, %18,6’sı önlisans mezunu ve %37,2’si lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin meslek bilgilerine bakıldığında ise %5,3’ünün çalışmadığı, %15,4’ünün memur ve %79,3’ünün işçi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3: Gebelerin "Aylık Gelir", "Aile Tipi", "Yaşanılan Yer" ve "Eş İle Akrabalık Durumu" na Göre Dağılımları(n=188)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Aylık Gelir		
Asgari ücretten az	45	23,9
Asgari ücret	35	18,6
Asgari ücretten fazla	108	57,4
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	137	72,9
Geniş Aile	51	27,1
Yaşanılan Yer		
Köy-Kasaba	34	18,1
İlçe	128	68,1
İl	26	13,8
Eş İle Akrabalık Durumu		
Evet	11	5,9
Hayır	177	94,1
TOPLAM	188	100,0

Tablo 4.3’de gebelerin aylık gelir düzeylerine bakıldığında %23,9’u ‘asgari ücretten az’, %18,6’sı ‘asgari ücret’ ve %57,4’ü ‘asgari ücretten fazla’ olarak belirtilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %72,9’u çekirdek ailede, %27,1’i geniş ailede yaşadığını belirtmektedir.

Tablo 4.3’de gebelerin %18,1’i köy-kasabada, %68,1’i ilçede ve %13,8’i ilde yaşadığını belirtmektedir. Gebelerin eşleri ile akrabalık durumlarına bakıldığında %5,9’u eşi ile akraba iken %94,1’inin eşleri ile herhangi bir akrabalığı yoktur.

Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Ait Frekans Dağılımları

Tablo 4.4 : Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları – 1 (n=188)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Kaçıncı Gebeliğiniz		
1	119	63,3
2	42	22,3
3	24	12,8
5	1	0,5
6	2	1,1

Tablo 4.4. Devam : Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları – 1
(n=188)

Gebelik Haftası (Min: 19 Maks: 39 Medyan: 32 Ort=31,35±4,39)	Frekans (n)	Oran (%)
19	3	1,6
20	1	0,5
23	2	1,1
24	10	5,3
25	7	3,7
26	1	0,5
27	5	2,7
28	27	14,4
29	14	7,4
30	8	4,3
31	14	7,4
32	11	5,9
33	7	3,7
34	15	8,0
35	25	13,3
36	23	12,2
37	10	5,3
38	3	1,6
39	2	1,1
Gebeliği isteme durumu		
Baba istiyor	1	0,5
Anne-baba istiyor	158	84,0
Plansız	29	15,4
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	91	48,4
Erkek	97	51,6
Çoğul Gebelik Öyküsü		
Evet	4	2,1
Hayır	184	97,9
Düşük yaptınız mı?		
Evet	39	20,7
Hayır	149	79,3
Kürtaj yaptırdınız mı?		
Evet	3	1,6
Hayır	185	98,4
Bu gebeliğinizde tedavi öykünüz var mı?		
Evet	15	8,0
Hayır	173	92,0
TOPLAM	188	100,0

Tablo 4.4’de gebelerin obsterik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %63,3’ünün ilk gebeliği, %22,3’ünün ikinci gebeliği, %12,8’inin üçüncü gebeliği, %0,5’inin beşinci gebeliği ve %1,1’inin altıncı gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin gebelik haftalarına bakıldığında %1,6’sının ‘19.gebelik haftasında’, %0,5’inin ‘20.gebelik haftasında’, %1,1’inin ‘23.gebelik haftasında’, %5,3’ünün ‘24.gebelik haftasında’, %3,7’sinin ‘25.gebelik haftasında’, %0,5’inin ‘26.gebelik haftasında’, %2,7’sinin ‘27.gebelik haftasında’, %14,4’ünün ‘28.gebelik haftasında’, %7,4’ünün ‘29.gebelik haftasında’, %4,3’ünün ‘30.gebelik haftasında’, %7,4’ünün ‘31.gebelik haftasında’, %5,9’unun ‘32.gebelik haftasında’, %3,7’sinin ‘33.gebelik haftasında’, %8’inin ‘34. gebelik haftasında’, %13,3’ünün ‘35.gebelik haftasında’, %12,2’sinin ‘36.gebelik haftasında’, %5,3’ünün ‘37.gebelik haftasında’, %1,6’sının ‘38.gebelik haftasında’ ve %1,1’inin ‘39.gebelik haftasında’ olduğu belirlenmektedir.

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan gebelerin gebeliği isteme durumlarına bakıldığında %0,5 baba istemi, %84 hem anne hem baba istemi ve %15,4 plansız olduğu belirtilmiştir. Gebelerin bebeklerinin %48,4’ünün kız bebek ve %51,6’sının erkek bebek beklediği belirlenmiştir. Gebelerin %2,1’inin çoğul gebelik öyküsü varken %97,9’unun çoğul gebelik öyküsünün olmadığı belirlenmiştir.

Gebelerin %20,7’si düşük yaptığını belirtirken, %79,3’ü düşük yapmadığını belirtmiştir. Gebelerin %1,6’sı kürtaj yaptırdığını ve %98,4’ü kürtaj yaptırmadığını belirtmiştir. Gebelerin %8’inin gebeliğinde tedavi öyküsü varken %92’sinin gebeliğinde tedavi öyküsünün olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4 : Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları - 2 (devamı) (n=188)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Bu gebeliğinizde doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim aldınız mı?		
Evet	102	54,3
Hayır	86	45,7
Doğum yöntemleri konusunda nereden bilgi/egitim aldınız?*		
Ebe-Hemşire	40	21,3 (39,2*)
Aile-Çevre	27	14,4 (26,5*)

Tablo 4.4. Devam: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları - 2 (devamı) (n=188)		
	Frekans (n)	Oran (%)
Dergi-TV-Medya	20	10,6 (19,6*)
Doğuma Hazırlık Sınıfları	15	8,0 (14,7*)
(Bu gebeliğimde doğum yöntemleri konusunda bilgi/eğitim almadım)	86	45,7
Doğum yöntemleri konusunda aldığınız eğitim yeterli oldu mu?		
Evet	59	31,4 (57,8*)
Hayır	43	22,9 (42,2*)
(Bu gebeliğimde doğum yöntemleri konusunda bilgi/eğitim almadım)	86	45,7
Bu gebeliğinizde takiplerinize düzenli gittiniz mi?		
Evet	167	88,8
Hayır	21	11,2
Bu gebeliğinizde kaç kez takibe gittiniz?		
1-3	30	16,0
3-5	91	48,4
5 ve daha fazlası	67	35,6
Bu gebeliğinizde takiplerinizi nerede yaptırdınız?		
Sağlık Ocağı	74	39,4
Devlet Hastanesi	95	50,5
Özel Hastane	19	10,1
Bu gebeliğinizde sorun yaşadınız mı?		
Evet	13	6,9
Hayır	175	93,1
Yaşadığınız sorun nedir?		
Diyabet	1	0,5 (7,7**)
Hipertansiyon	9	4,8 (69,2**)
Belirtmedi	3	1,6 (23,1**)
(Bu gebeliğimde sorun yaşamadım)	175	93,1
Bu gebeliğinizde folik asit desteği aldınız mı?		
Evet	158	84,0
Hayır	30	16,0
TOPLAM	188	100,0
* "Bu gebeliğinizde doğum yöntemleri konusunda bilgi/eğitim aldınız mı?" sorusuna "EVET" cevabı verenlerin(n=102)içindeki oranı		
** Bu gebeliğinde sorun yaşayanların(n=13) içindeki oranı		

Tablo 4.4 incelendiğinde araştırmaya katılan gebelerin doğum yöntemleri konusunda %54,3'ü bilgi/eğitim alırken %45,7'si bilgi/eğitim almadığını belirtmiştir. Doğum

yöntemleri konusunda bilgi/egitim alan gebelerin %39,2' si " ebe-hemşire" den, %26,5'i 'aile-çevre' den %19,6'sı 'dergi-tv-medya' dan %14,7'si "doğuma hazırlık sınıfları" ndan bilgi/egitim aldıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin %45,7'si gebeliğinde doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim almamıştır. Doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim alanların %57,8'i aldıkları eğitimin yeterli olduğunu ve %42,2'si ise aldıkları eğitimi yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.4'de araştırmaya katılan gebelerin %88,8'inin takiplerine düzenli olarak gittiği ve %11,2'sinin düzenli olarak gitmediği görülmektedir. Gebeliğinde takibe giden gebelerin %16'sı gebeliğinde 1-3 kez takibe gittiğini, %48,4'ü 3-5 kez takibe gittiğini ve %35,6'sı 5'den daha fazla takibe gittiğini belirtmiştir. Gebeliğinde takibe giden gebelerin %39,4'ü takiplerini sağlık ocağında yaptırdığını, %50,5'i devlet hastanesinde yaptırdığını ve %10,1'i özel hastanede yaptırdığını belirtmiştir.

Tablo 4.4'de araştırmaya katılan gebelerin %6,9'u gebeliğinde sorun yaşadığını belirtirken, %93,1'i gebeliğinde sorun yaşamadığını belirtmiştir. Gebeliğinde sorun yaşayan gebelerin %7,7'si diyabet ve %69,2'si hipertansiyon olarak belirtirken, %23,1'i yaşadığı sorunu belirtmemiştir. Gebelerin %84'ü folik asit desteği alırken %16'sı almadığını belirtmiştir.

Tablo 4.5: Daha Önce Normal Doğum Yapan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=40)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Son doğumunuzu nerede yaptınız?		
Devlet Hastanesi	38	95,0
Özel Hastane	2	5,0
Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında doğum yaptınız?		
32-35	3	7,5
36-39	36	90,0
40-42	1	2,5
Doğum saatiniz nedir?		
08.01-17.30	12	30,0
17.31-00.00	12	30,0
00.01-08.00	16	40,0

Tablo 4.5. Devam: Daha Önce Normal Doğum Yapan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=40)		
Son doğumunuz kaç saat sürdü? (Min:1 Maks: 11 Medyan:7 Ort=6,48±2,73)	Frekans (n)	Oran (%)
1	3	7,5
2	4	10,0
3	1	2,5
4	2	5,0
6	1	2,5
7	13	32,5
8	6	15,0
9	9	22,5
11	1	2,5
Son doğumunuz haftaiçi mi haftasonu mu oldu?		
Haftaiçi		57,5
Haftasonu		42,5
Yaptığınız doğum şekline yönelik sorun yaşadınız mı?		
Evet	18	45,0
Hayır	22	55,0
Yaptığınız normal doğumda epizyo, vakum, forseps kullanıldı mı?		
Epizyo	38	95,0
Hiçbiri	2	5,0
Vajinal doğum sonrası kanama yaşadınız mı?		
Evet	19	47,5
Hayır	21	52,5
Normal doğumu önerir misiniz?		
Evet	23	57,5
Hayır	17	42,5
Sezaryen ile doğumu önerir misiniz?		
Evet	17	42,5
Hayır	23	57,5
Bu gebelik ile son doğum arasında ne kadar zaman var?		
2 Yıl	8	20,0
3 Yıl	20	50,0
4 Yıl veya üzeri	12	30,0
Doğum şekli tercihinizi kimler/neler etkiledi?		
Sağlık Personeli	7	17,5
Eş veya akrabalar	18	45,0
Kendisi	15	37,5
TOPLAM	40	100,0

Tablo 4.5 incelendiğinde daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %95'i son doğumunu devlet hastanesinde, %5'i özel hastanede yaptığını belirtmiştir. Daha önce

vajinal doğum yapan gebeler incelendiğinde gebeliğinin 32-35 haftalar arasında doğum yapanların oranı %7,5, gebeliğinin 36-39 haftalar arasında doğum yapanların oranı %90 ve gebeliğinin 40-42 haftalar arasında doğum yapanların oranı %2,5 olarak belirlenmiştir.

Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin doğum saati 08.01-17.30 aralığında olanların oranı %30, doğum saati 17.31-00.00 aralığında olanların oranı %30 ve doğum saati 00.01-08.00 aralığında olanların oranı %40 olarak belirlenmiştir.

Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %7,5'inin son doğum eyleminin 1 saat, %10'unun 2 saat, %2,5'inin 3 saat, %5'inin 4 saat, %2,5'inin 6 saat, %32,5'inin 7 saat, %15'inin 8 saat, %22,5'inin 9 saat ve %2,5'inin 11 saat sürdüğünü belirtmişlerdir. Daha önce normal doğum yapan gebelerin %57,5'i son doğumlarını hafta içi ve %42,5'i hafta sonu yaptığını belirtmiştir.

Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %45'i doğum şekline yönelik sorun yaşadığını belirtirken, %55'i sorun yaşamadığını belirtmiştir. Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %95'inin epizyo öyküsü varken, %5'inin bir enstrüman (epizyo, vakum, forseps) öyküsü yoktur.

Tablo 4.5'e göre daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %47,5'i vajinal doğum sonrası kanama yaşadığını belirken %52,5'i kanama yaşamadığını belirtmiştir. Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %42,5'i sezaryen ile doğumu önerirken %57,5'i normal vajinal doğumu önermektedir.

Tablo 4.5'e göre daha önce vajinal doğum yapan gebelerin son iki doğum aralığı '2 yıl' olanların oranı %20, '3 yıl' olanların oranı %50, '4 yıl ve üzeri' olanların oranı %30 olarak belirlenmiştir. Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin %17,5'inin doğum şekli tercihlerinde sağlık personelinin, %45'inin eş veya akrabalarının ve %37,5'inin ise kendisinin karar verdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.4 : Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları – 3 (devam) (n=188)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Sizce doğum şeklinize kimler karar vermeli?		
Kendisi ve Eşi	146	77,7
Aile ve Akrabalar	29	15,4
Sağlık Personeli	13	6,9
Bu gebeliğinizde tercih ettiğiniz doğum şekli nedir?		
Vajinal Doğum	84	44,7
Sezaryen Doğum	104	55,3
Bu gebeliğinizde doğumunuzu yapmak istediğiniz yer neresidir?		
Devlet Hastanesi	132	70,2
Özel Hastane	56	29,8
Devlet hastanesini tercih etme nedeniniz nedir?		
Ekonomik Nedenler	123	65,4 (93,2*)
Doktor	9	4,8 (6,8*)
(Özel Hastanede doğum yapmak istiyorum)	56	29,8
Özel hastaneyi tercih etme nedeniniz nedir?		
Konfor	19	10,1 (33,9**)
Doktor	37	19,7 (66,1**)
(Devlet hastanesinde doğum yapmak istiyorum)	132	70,2
Doğumunuzu yaptırmasını istediğiniz kişi/kişiler kimler?		
Doktor	54	28,7
Ebe / Hemşire	35	18,6
Doktor / Ebe / Hemşire	99	52,7
Aile planlaması yöntemleri hakkında bilginiz var mı?		
Evet	125	66,5
Hayır	63	33,5
Aile planlaması yöntemlerinden hangisini/hangilerini kullandınız?		
Kondom	101	53,7
Hormonal yöntemler(hap)	9	4,8
Doğal yöntemler	78	41,5
Sistemik hastalığınız var mı?		
Hipertansiyon	8	4,3
Diğer	3	1,6
Hayır	177	94,1
Madde bağımlılığınız var mı?		
Sigara	48	25,5
Hayır	140	74,5
Prematür doğum öykünüz var mı?		
Evet	2	1,1
Hayır	186	98,9

Tablo 4.4. Devam : Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları – 3 (devam) (n=188)	Frekans(n)	Oran(%)
Eşiniz ile kan uyumsuzluğu var mı?		
Evet	13	6,9
Hayır	175	93,1
TOPLAM	188	100,0
<i>* Bu gebeliğinde devlet hastanesinde doğum yapmak isteyenlerin(n=132) içindeki oranı</i>		
<i>** Bu gebeliğinde özel hastanede doğum yapmak(n=56) isteyenlerin içindeki oranı</i>		

Tablo 4.4 incelendiğinde gebelerin %77,7'si doğum şekline 'kendisinin ve eşinin', %15,4'ü 'aile ve akrabalarının' ve %6,9'u 'sağlık personelinin' karar vermesi gerektiğini düşünmektedir. Gebelerin %44,7'si vajinal doğum yöntemini tercih ederken, %55,3'ü sezaryen doğum yöntemini tercih ettiği görülmektedir. Gebelerin %70,2'sinin devlet hastanesinde %29,8'inin özel hastane doğum yapmak istediği görülmektedir. Gebelerin doğumunda devlet hastanesini tercih etme nedenlerinin %93,2'si ekonomik nedenler ile %6,8'i hekim seçimi olarak belirlenmiştir. Gebelerin doğumunda özel hastaneyi tercih etmelerinin %33,9'u konfor ve %66,1'i doktor tercihi olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4'e göre devlet hastanesini tercih eden gebelerin %28,7'si doğumun doktorun yaptırmasını, %18,6'sı ebe/hemşirenin yaptırmasını ve %52,7'si doktor/ebe/ hemşirenin yaptırmasını tercih etmektedir. Aile planlaması yöntemleri hakkında gebelerin %66,5'i bilgi sahibiyken, %33,5'i bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Gebelerin %53,7'si aile planlaması yöntemlerinden kondomu, %4,8'i hormonal yöntemleri(hap) ve %41,5'i doğal yöntemleri kullandığını belirtmiştir. Gebelerin sistemik rahatsızlığı sorgulandığında %4,3'ünün 'hipertansiyon' varlığı, %1,6'sının 'diğer' ve %94,1'inin sistemik bir rahatsızlığının olmadığı belirtilmiştir. Tablo 4.4'e göre gebelerin %25,5'i sigara kullanırken %74,5'i herhangi bir madde kullanmamaktadır. Gebelerin %1,1'inin prematüre doğum öyküsü varken %98,9'unun yoktur. Gebelerin eşleri ile kan uyumsuzluğu olanların oranı %6,9 iken kan uyumsuzluğu olmayanların oranı %93,1'dir.

Tablo 4.6: Gebelerin Bu Gebeliklerinde Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenleri

Bu gebelikte vajinal doğumu tercih etme durumu*	Frekans (n)	Oran (%)
Kolay ve rahat	27	12,16
Çabuk iyileşme	20	9,01
Aile baskısı	3	1,35
Hastaneden eve çabuk dönmek	14	6,31
Anestezi ya da ameliyat korkusu	6	2,7
Doğal ve spontan olmasını istemesi	29	13,06
Bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması	17	7,66
Ekonomik sebepler	38	17,12
Normal doğumun en iyi olduğunu düşünme	34	15,32
Kültürel Nedenler	34	15,32
TOPLAM	222*	100,0
* Birden fazla neden seçimine izin verilmiştir.		

Tablo 4.6 incelendiğinde "Bu gebeliğinizde vajinal doğumu tercih etme nedeniniz nedir?" sorusuna verilen cevapların %12,16'sı "kolay ve rahat", %9,01'i "çabuk iyileşme", %1,35'i "aile baskısı", %6,31'i "hastaneden eve çabuk dönmek", %2,7'si "anestezi ya da ameliyat korkusu", %13,06'sı "doğal ve spontan olmasını istemesi", %7,66'sı "bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması", %17,12'si "ekonomik sebepler", %15,32'si "normal doğumun en iyi olduğunu düşünme" ve %15,32'si "kültürel nedenler" şeklindedir.

Tablo 4.7: Gebelerin Bu Gebeliklerinde Sezaryen İle Doğumu Tercih Etme Nedenleri

Bu gebelikte sezaryen ile doğumu tercih etme durumu*	Frekans (n)	Oran (%)
Doğum Korkusu	36	14,69
Kolay ve rahat	17	6,94
Acısız ve ağrısız	37	15,1
Cinsel organlarda yaralanma(epizyotomi) korkusu	45	18,37
Bebegi riske atmama düşüncesi	52	21,22
Doğum zamanını belirleme şansı	11	4,49
Doğum sonrası idrar tutamama kaygısı	8	3,27
Cinselliği koruma kaygısı	29	11,84
Rahim sarkması korkusu	10	4,08
Tüplerini bağlatma isteği	0	0
İleri yaş	16	6,58
Tedavi ile gebelik öyküsü	15	6,12
TOPLAM	245*	100,0
* Birden fazla neden seçimine izin verilmiştir.		

Tablo 4.7’de "Bu gebeliğinizde sezaryen ile doğumu tercih etme nedeniniz nedir?" sorusuna verilen cevapların %14,69'u "doğum korkusu", %6,94'ü "kolay ve rahat", %15,1'i "acısız ve ağrısız", %18,37'si "cinsel organlarda yaralanma(epizyotomi) korkusu", %21,22'si "bebeği riske atmama düşüncesi", %4,49'u "doğum zamanını belirleme şansı", %3,27'si "doğum sonrası idrar tutamama kaygısı", %11,84'ü "cinselliği koruma kaygısı", %4,08'i "rahim sarkması korkusu", %0'ı "tüplerini bağlatma isteği", %6,58'i "ileri yaş", %6,12'si "tedavi ile gebelik öyküsü" şeklindedir.

Tablo 4.8: Yaşayan Çocuğu Olan Gebelerin Çocuklarına Ait Bilgiler (n=40)

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Yaşayan çocuk sayınız?		
1	34	85,0
2	6	15,0
En küçük çocuğunuz kaç yaşında?		
2	9	22,5
3	17	42,5
4	8	20,0
5	1	2,5
6	5	12,5
En küçük çocuğunuzun doğum ağırlığı?		
1500 gr - 2500 gr	2	5,0
2501 gr - 3501 gr	34	85,0
3502 gr - 4502 gr	4	10,0
TOPLAM	40	100,0

Tablo 4.8’e göre gebelerin %85’i 1 çocuğu olduğunu, %15’i 2 çocuğu olduğunu belirtmişlerdir. Gebelerin çocuklarının yaşlarına bakıldığında; %22,5’inin 2, %42,5’inin 3, %20’sinin 4, %2,5’inin 5 ve %12,5’inin 6 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin çocuklarının doğum ağırlığı incelendiğinde %5’inin 1500-2500 gr aralığında, %85’inin 2501-3501 gr aralığında ve %10’unun 3502-4502 gr aralığında olduğu görülmüştür.

Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.9: “Melbourne Karar Verme Ölçeği I (MKVÖ I)” maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

Madde	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma(s)
Karar verme yeteneğime güvenirim	1,22	0,855
Karar verirken kendimi birçok kişiden aşağı görürüm	0,57	0,717
Kendimi karar vermede başarılı biri olarak düşünürüm	1,16	0,850
Kendimi o kadar çaresiz hissedirim ki, karar verme uğraşından vazgeçerim	0,51	0,642
Verdiğim kararlar iyi sonuçlanır	1,12	0,828
Diğer insanların, benim kararımdan ziyade, kendi kararlarının doğru olduğu konusunda beni ikna etmeleri kolaydır	0,61	0,674
* Cevaplar "Doğru(2 puan)", "Bazen doğru(1 puan)" ve "Doğru değil(0 puan)" şeklinde toplanmıştır.		

Karar Verme Ölçeği I' inin her bir maddesine ait tanımlayıcı istatistikler tabloda verilmiştir.

Tablo 4.10: “Melbourne Karar Verme Ölçeği II (MKVÖ II)” maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

Madde	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma(s)
Karar verirken kendimi, sanki büyük bir zaman baskı altındaymışım gibi hissedirim	0,34	0,585
Bütün alternatifleri göz önünde tutmayı severim	0,85	0,891
Kararları diğer kişilere bırakmayı tercih ederim	0,56	0,577
Bütün alternatiflerin dezavantajlarını ortaya çıkarmaya çalışırım	1,01	0,731
Son kararı vermeden önce, önemsiz konular üzerinde çok zaman harcarım	0,84	0,840
Kararı en iyi şekilde nasıl uygulayabileceğimi enine boyuna düşünürüm	1,13	0,843
Bir kararı verdikten sonra bile kararı uygulamayı geciktiririm	0,87	0,690
Kararı verirken, karar hakkında pek çok bilgi toplamaktan hoşlanırım	1,05	0,707
Karar vermekten kaçınırım	1,13	0,833
Karar vermek zorunda olduğum zaman, karar üzerinde düşünmeye başlamadan önce uzun süre beklerim	0,67	0,619
Karar verme konusunda sorumluluk üstlenmeyi sevmem	0,72	0,678
Karar vermeden önce amaçlarımı netleştirmeye çalışırım	0,45	0,614

Madde	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma(s)
Önemsiz, küçük olayların yolunda gitmeyebileceği olasılığı, benim aniden tercihlerimden dönüş yapmama neden olur	0,57	0,678
Bir karar benim tarafımdan veya başka biri tarafından verilecekse, ben karar vermeyi diğer kişiye bırakırım	0,38	0,710
Ne zaman zor bir kararla karşı karşıya gelsem, iyi bir çözüm yolu bulma konusunda kendimi kötümser hissederim	0,50	0,713
Seçim yapmadan önce çok fazla dikkatli davranırım	0,87	0,708
Zorunda kalmadıkça karar vermem	0,80	0,677
Son ana kadar karar vermeyi geciktiririm	0,59	0,676
Çok daha bilgili kişilerin benim yerime karar vermelerini tercih ederim	0,53	0,749
Karar verdikten sonra, kararın doğru olduğuna kendimi inandırmak için çok zaman harcarım	0,39	0,623
Karar vermeyi ertelerim	0,60	0,600
Acilen karar vermem gereken bir durumda doğru düşünemem	0,40	0,600
* Cevaplar "Doğru(2 puan)", "Bazen doğru(1 puan)" ve "Doğru değil(0 puan)" şeklinde toplanmıştır.		

Karar Verme Ölçeği II'nin her bir maddesine ait tanımlayıcı istatistikler tabloda verilmiştir.

Güvenirlilik

Tablo 4.11: “Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)” Boyutlarına Ait Güvenirlilik ve Ortalama Değerleri

Ölçek	Alt Boyut	Madde Sayısı	Ortalama	Cronbach Alfa (α)
MKVÖ - I *	Öz-Saygı ***	6 Madde	7,82 ± 3,87	0,92
MKVÖ - II**	Dikkatli ****	6 Madde	5,35 ± 2,72	0,65
	Kaçıngan ***	6 Madde	4,12 ± 1,92	0,22
	Erteleyici *****	5 Madde	3,56 ± 1,64	0,15
	Panik*****	5 Madde	2,20 ± 1,53	0,16
* Karar vermede öz-saygıyı ölçüyor ** Karar verme stilleri *** Boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 6'dır. **** Boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 5'tir.				

Melbourne Karar Verme Ölçeği-I yüksek güvenirlikte bulunmuştur($\alpha > 0,70$).

Melbourne Karar Verme Ölçeği-I'in puan ortalaması ise $7,82 \pm 3,87$ olarak hesaplanmıştır.

Melbourne Karar Verme Ölçeği-II'nin alt boyutlarından (karar verme stillerinden)

- "Dikkatli" alt boyutu güvenilir bulunmuştur($\alpha > 0,60$).
- " Kaçınan" alt boyutu güvenilir bulunmamıştır($\alpha < 0,40$).
- "Erteleyici" alt boyutu güvenilir bulunmamıştır($\alpha < 0,40$).
- "Panik" alt boyutu güvenilir bulunmamıştır($\alpha < 0,40$).

Hipotez Testleri

Tablo 4.12: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları

Sosyo-Demografik Özellik	Gebelerin Doğum Şekli Tercihi	N	Test	p	İlişki*
Gebelerin Yaşları	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,002*	$r_{rb} = 0,225$
Gebelerin Evlilik Süreleri	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,014*	$r_{rb} = 0,179$
Gebelerin Eğitim Durumları	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,484$
Gebelerin Aylık Gelir Durumları	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,367$
Gebelerin Eşlerinin Yaşları	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,411$
Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumları	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,548$
Yaşanılan Yer	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,276$

Gebelerin yaşları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,225$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde olmakla birlikte zayıf güçtedir. Özetle; gebelerin yaşları ile doğum tercihleri ilişkili (zayıf) bulunmuş olup; gebelerin yaşları artıkça vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin evlilik süreleri ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,179$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde olmakla birlikte zayıf güçtedir. Özetle; gebelerin evlilik süreleri ile doğum tercihleri ilişkili (zayıf) bulunmuş olup; gebelerin evlilik süreleri artıkça vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin eğitim durumları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,484$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; gebelerin eğitim durumları ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; gebelerin eğitim durumları yükseldikçe vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin aylık gelir durumları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,367$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; gebelerin aylık gelir durumları ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; gebelerin aylık gelir durumları yükseldikçe vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin eşlerinin yaşları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,411$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; gebelerin eşlerinin yaşları ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; gebelerin eşlerinin yaşları artıkça vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,548$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; gebelerin eşlerinin eğitim durumları yükseldikçe vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin yaşadıkları yer ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{tb} = 0,276$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde olmakla birlikte zayıf güçtedir. Özetle; gebelerin yaşadıkları yer (köy-kasaba/ilçe/il) ile doğum tercihleri ilişkili (zayıf) bulunmuş olup; gebelerin yaşadıkları yerleşim yeri büyüklüğü arttıkça vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.13: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları

Ki-Kare Bağımsızlık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları

Değişkenler		Gebelerin Doğum Şekli Tercihi		χ^2	Sd	P	İlişki
		Vajinal Doğum	Sezaryen				
Evlenme Yaşı	15-20	36	21	11,299	1	0,001*	$\Phi=0,245$
	21 veya üzeri	48	83				
Meslek	Çalışmıyor	73	63	16,615	2	0,000*	$\Phi =0,285$
	Memur	7	20				
	İşçi	4	21				
Eşlerinin Mesleği	Çalışmıyor	10	0	19,189	2	0,000*	$\Phi =0,304$
	Memur	6	23				
	İşçi	68	81				
Aile Tipi	Çekirdek Aile	43	94	36,110	1	0,000*	$\Phi =-0,438$
	Geniş Aile	41	10				
Eş İle Akrabalık Durumu	Evet	11	0	Fisher's Exact Test		0,000*	$\Phi=0,277$
	Hayır	73	104				

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin doğum şekli tercihleri ile evlenme yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}=11,299$, $p<0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir ($\Phi=0,245$). Özetle; gebelerin evlenme yaşları ile doğum tercihleri ilişkili (zayıf) bulunmuş olup; gebelerin evlenme yaşları arttıkça vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin doğum şekli tercihleri ile meslekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(2)}=16,615$, $p<0,05$). Bu ilişki

orta güçtedir ($\Phi = 0,285$). Özetle; Gebelerin meslekleri ile doğum tercihleri arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin doğum şekli tercihleri ile eşlerinin meslekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(2)} = 19,189$, $p < 0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir ($\Phi = 0,304$). Özetle; gebelerin eşlerinin meslekleri ile doğum tercihleri arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin doğum şekli tercihleri ile aile tipleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 36,110$, $p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,438$). Özetle; gebelerin aile tipleri ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; çekirdek aileden geniş aileye doğru gidildikçe gebelerin sezaryen doğum yerine vajinal doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre gebelerin doğum şekli tercihleri ile eşleri ile akraba olma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (*Fisher's Exact Test*, $p < 0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir ($\Phi = 0,277$). Özetle; gebelerin eşleri ile akraba olma durumları ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; eşleri ile akrabalığı olmayan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.14: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri ve MKVÖ Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları

Obstetrik Özellik	Gebelerin Doğum Şekli Tercihi	N	Test	P	İlişki*
Kaçıncı Gebeliği Olduğu	1: Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,720	$r_{rb} = - 0,026$
Gebelik Haftası	1: Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,068	$r_{rb} = 0,133$
Bu Gebeliğinde Kaç Kez Takibe Gittiği	1: Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,405$
MKVÖ-I (Karar Vermede Öz-Saygı Düzeyleri)	1: Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,161	$r_{rb} = - 0,103$
MKVÖ-II ("Dikkatli" Karar Verme Stili Düzeyleri)	1: Vajinal Doğum 2: Sezaryen	188	Rank Çift Serili Korelasyon	0,974	$r_{rb} = - 0,002$

Gebelerin gestasyon haftaları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($r_{rb} = 0,133$, $p=0,068$). Özetle; gebelerin gebelik haftaları ile doğum tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Gebelerin kaçınıcı gebelikleri olduğu ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($r_{rb} = - 0,026$, $p=0,720$). Özetle; gebelerin kaçınıcı gebelikleri olduğu ile doğum tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Gebelerin bu gebeliklerinde kaç kez takibe gittikleri ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,405$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; gebelerin bu gebeliklerinde kaç kez takibe gittikleri ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; bu gebeliklerinde daha fazla takibe giden gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Gebelerin karar vermede öz-saygı düzeyleri ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($r_{rb} = -0,103$, $p=0,161$). Özetle; gebelerin karar vermede öz-saygı düzeyleri ile doğum tercihleri ilişkili bulunmamıştır.

Gebelerin "Dikkatli" karar verme stili düzeyleri ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($r_{rb} = -0,002$, $p=0,974$). Özetle; gebelerin "Dikkatli" karar verme stili düzeyleri ile doğum tercihleri ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 4.15 : Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları - 1

Değişkenler		Gebelerin Doğum Şekli Tercihi		χ^2	S d	P	İlişki
		Vajinal Doğum	Sezaryen				
Gebeliği İsteme Durumu	Anne veya baba istiyor	66	93	4,194	1	0,041*	$\Phi=-0,149$
	Plansız	18	11				
Bebeğin Cinsiyet	Kız	42	49	0,155	1	0,694	$\Phi=0,029$
	Erkek	42	55				

Tablo 4.15. Devam : Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımlılık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları

– 1

Çoğul Gebelik Öyküsü	Evet	0	4	Fisher's Exact Test		0,130	Φ=-0,133
	Hayır	84	100				
Düşük yaptınız mı?	Evet	12	27	3,853	1	0,049*	Φ=-0,143
	Hayır	72	77				
Kürtaj yaptırdınız mı?	Evet	0	3	Fisher's Exact Test		0,255	Φ=-0,114
	Hayır	84	101				
Bu gebeliğinizde tedavi öykünüz var mı?	Evet	0	15	13,166	1	0,000*	Φ=-0,265
	Hayır	84	89				
Bu gebeliğinizde doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim aldınız mı?	Evet	31	71	18,418	1	0,000*	Φ=-0,313
	Hayır	53	33				
Doğum yöntemleri konusunda nereden bilgi/egitim aldınız?	Ebe-Hemşire	20	20	15,226	3	0,002*	Φ =0,360
	Aile-Çevre	5	22				
	Dergi-TV-Medya	1	19				
	Doğuma Hazırlık Sınıfları	5	10				
Doğum yöntemleri konusunda aldığınız eğitim yeterli mi?	Evet	26	33	12,373	1	0,000*	Φ=0,348
	Hayır	5	38				
Bu gebeliğinizde takiplerinize düzenli gittiniz mi?	Evet	64	103	24,447	1	0,000*	Φ=-0,361
	Hayır	20	1				

Tablo 4.15. Devam : Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları

– 1

Takip yapılan yer	Sağlık Ocağı	52	22	32,359	2	0,000*	$\Phi=0,383$
	Devlet Hastanesi	27	68				
	Özel Hastane	5	14				
Bu gebeliğinizde takiplerinizi kim yaptı?	Ebe	49	22	27,330	1	0,000*	$\Phi=0,381$
	Doktor	35	82				
Bu gebeliğinizde sorun yaşadınız mı?	Evet	6	7	0,012	1	0,912	$\Phi=0,008$
	Hayır	78	97				
Bu gebeliğinizde folik asit desteği aldınız mı?	Evet	61	97	14,775	1	0,000*	$\Phi=-0,280$
	Hayır	23	7				

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin gebeliği isteme durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 4,194, p<0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir (**$\Phi=-0,149$**). Özetle; gebelerin gebeliği isteme durumları ile doğum şekli tercihleri ilişkili(zayıf) bulunmuş olup; anne baba isteği ile gerçekleşen gebeliklerde vajinal doğum yerine sezaryen doğumun daha çok tercih edildiği görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin bebeklerinin cinsiyetleri ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır($\chi^2_{(1)}= 0,155, p=0,694$). Özetle; gebelerin bebeklerinin cinsiyetleri ile doğum şekli tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre gebelerin daha önce çoğul gebelik öyküsünün varlığı ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Fisher's Exact Test, $p=0,130$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile daha önce çoğul gebelik öykülerinin olup olmaması ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce düşük yapma durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 3,853$, $p < 0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir ($\Phi = -0,143$). Özetle; gebelerin daha önce düşük yapma durumları ile doğum şekli tercihleri ilişkili(zayıf) bulunmuş olup; daha önce düşük yapmış olan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre gebelerin kürtaj olma durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*Fisher's Exact Test*, $p = 0,255$). Özetle; kürtaj olma durumları ile doğum şekli tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre gebelerin bu gebeliklerinde tedavi öykülerinin olup olmaması ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 13,166$, $p < 0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir ($\Phi = -0,265$). Özetle; gebelerin bu gebeliklerinde tedavi öykülerinin varlığı ile doğum şekli tercihleri ilişkili(zayıf) bulunmuş olup; bu gebeliklerinde tedavi öyküleri olan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumun daha çok tercih edildiği görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin bu gebeliklerinde doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim alıp almamaları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 18,418$, $p < 0,05$). Bu ilişki anlamlı olmakla birlikte zayıf güçtedir ($\Phi = -0,313$). Özetle; gebelerin bu gebeliklerinde doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim alıp almamaları ile doğum şekli tercihleri ilişkili(zayıf) bulunmuş olup; gebelerin eğitim alma durumları arttıkça vajinal doğum yerine sezaryen doğumun daha çok tercih edildiği görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin doğum şekli tercihleri ile doğum yöntemleri konusunda nereden bilgi/egitim aldıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(3)} = 15,226$, $p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,360$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile doğum yöntemleri konusunda nereden bilgi/egitim aldıklarının ilişkili olduğu görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin doğum şekli tercihleri ile doğum yöntemleri konusunda aldıkları eğitimin yeterli olup olmadığı arasında anlamlı bir

ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 12,373$, $p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi=0,348$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile doğum yöntemleri konusunda aldıkları eğitimin yeterli olup olmadığının ilişkili olup, aldıkları eğitimin yeterli olmadığını düşünenlerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; bu gebeliğinde takiplerine düzenli gidip gitmediği ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 24,447$, $p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi=0,361$). Özetle; bu gebeliğinde takiplerine düzenli gidip gitmemesi ile gebelerin doğum şekli tercihleri ilişkili olup, bu gebeliğinde takiplerine düzenli giden gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; bu gebeliklerinde takiplerini nerede yaptırdıkları ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(2)}= 32,359$, $p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi =0,383$). Özetle; bu gebeliklerinde takiplerini nerede yaptırdıkları ile gebelerin doğum şekli tercihlerinin ilişkili olduğu görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; bu gebeliğinde takiplerini kimin yaptığı ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 27,330$, $p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi=0,381$). Özetle; bu gebeliğinde takiplerini kimin yaptığı ile gebelerin doğum şekli tercihleri ilişkili olup, takiplerini ebe yerine doktorun yaptığı gebelerin, vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; bu gebeliklerinde sorun yaşayıp yaşamadıkları ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($\chi^2_{(1)}= 0,012$, $p=0,912$). Özetle; bu gebeliklerinde sorun yaşayıp yaşamamaları ile gebelerin doğum şekli tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; bu gebeliklerinde folik asit desteği alıp almadıkları ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 14,775$, $p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi=0,280$). Özetle; bu gebeliklerinde folik asit desteği alıp almadıkları ile gebelerin doğum şekli tercihleri

ilişkili olup, folik asit desteği alan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.15: Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları -2 (devamı)

Değişkenler		Gebelerin Doğum Şekli Tercihi		χ^2	sd	p	İlişki
		Vajinal Doğum	Sezaryen				
Sizce doğum şeklinize kimler karar vermeli?	Kendisi ve Eşi	48	98	44,577	2	0,000*	$\Phi =0,438$
	Aile ve Akrabalar	29	0				
	Sağlık Personeli	7	6				
Bu gebeliğinizde doğumunuzu yapmak istediğiniz yer neresidir?	Devlet Hastanesi	79	53	41,246	1	0,000*	$\Phi =0,468$
	Özel Hastane	5	51				
Doğumunuzu yaptırmasını istediğiniz kişi/kişiler kimler?	Doktor	22	32	26,134	2	0,000*	$\Phi =0,349$
	Ebe / Hemşire	29	6				
	Doktor / Ebe / Hemşire	33	66				
Aile planlaması yöntemleri hakkında bilginiz var mı?	Evet	43	82	15,951	1	0,000*	$\Phi =-0,291$
	Hayır	41	22				
Aile planlaması yöntemlerinden hangisini/hangilerini kullandınız?	Kondom veya Hormonal yöntemler	30	80	32,506	1	0,000*	$\Phi =-0,416$
	Doğal yöntemler	54	24				
Sistemik hastalığınız var mı?	Evet	5	6	Fisher's Exact Test		0,999	$\Phi=0,004$
	Hayır	79	98				
Madde bağımlılığınız var mı?	Evet (Sigara)	23	25	0,273	1	0,601	$\Phi=0,038$
	Hayır	61	79				
Prematür doğum öykünüz var mı?	Evet	2	0	Fisher's Exact Test		0,198	$\Phi=0,115$
	Hayır	82	104				
Eşiniz ile kan uyumsuzluğu var mı?	Evet	9	4	3,405	1	0,065	$\Phi=0,135$
	Hayır	75	100				

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin doğum şekli tercihleri ile bu gebeliklerinde doğumlarını yapmak istedikleri yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 41,246$, $p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,468$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile bu gebeliklerinde doğumlarını yapmak istedikleri yer ilişkili olup, vajinal doğum yerine sezaryen doğumu tercih eden gebelerin devlet hastanesi yerine özel hastaneyi daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin doğumlarını yaptırmasını istediği kişi/kişiler ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(2)} = 26,134$, $p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,349$). Özetle; gebelerin doğumlarını yaptırmasını istediği kişi/kişiler ile doğum şekli tercihlerinin ilişkili olduğu görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilerinin varlığı ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 15,951$, $p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,291$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilerinin varlığı ilişkili olup, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgileri olan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin aile planlaması yöntemlerinden hangisini kullandıkları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 32,506$, $p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,416$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile aile planlaması yöntemlerinden hangisini kullandıkları ilişkili olup, kondom veya hormonal yöntemler(hap) kullanan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre; gebelerin doğum şekli tercihleri ile sistemik bir hastalığa sahip olmaları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*Fisher's Exact Test*, $p = 0,999$). Özetle; gebelerin sistemik bir hastalığa sahip olup olmamaları ile doğum şekli tercihleri ile ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin madde bağımlılığına(sigara) sahip olmaları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır

($\chi^2_{(1)} = 0,273$, $p=0,601$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri madde bağımlılığına(sigara) sahip olup olmamaları ile ilişkili bulunmamıştır.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre; gebelerin prematür doğum öykülerinin varlığı ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*Fisher's Exact Test*, $p=0,198$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri ile prematür doğum öykülerinin varlığı ilişkili bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; gebelerin doğum şekli tercihleri eşleri ile kan uyuşmazlıklarının varlığı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır($\chi^2_{(1)} = 0,273$, $p=0,601$). Özetle; gebelerin doğum şekli tercihleri, eşleri ile kan uyuşmazlıklarının varlığı ile ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 4.16: Daha Önce Doğum Yapmış Olan Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları

Obstetrik Özellik	Gebelerin Doğum Şekli Tercihi	N	Test	P	İlişki*
Gebeliğinin Kaçınıcı Haftasında Doğum Yaptığı	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	40	Rank Çift Serili Korelasyon	0,378	$r_{rb} = 0,143$
Doğum Saati	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	40	Rank Çift Serili Korelasyon	0,132	$r_{rb} = 0,242$
Son Doğumun Kaç Saat Sürdüğü	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	40	Rank Çift Serili Korelasyon	0,000*	$r_{rb} = 0,634$
Bu Gebelik İle Son Doğum Arasında Ne Kadar Zaman Olduğu	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	40	Rank Çift Serili Korelasyon	0,015*	$r_{rb} = 0,383$
En Küçük Çocuğunun Kaç Yaşında Olduğu	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	40	Rank Çift Serili Korelasyon	0,030*	$r_{rb} = 0,344$
En Küçük Çocuğunun Doğum Ağırlığı	1:Vajinal Doğum 2: Sezaryen	40	Rank Çift Serili Korelasyon	0,461	$r_{rb} = -0,120$

Daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin gebeliklerinin kaçınıcı haftalarında doğum yaptıkları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($r_{rb} = 0,143$, $p=0,378$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin gebeliklerinin kaçınıcı haftalarında doğum yaptıkları ile doğum tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum saatleri ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($r_{rb} = 0,242$, $p=0,132$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum saatleri ile doğum tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin son doğumlarının kaç saat sürdüğü ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,634$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin son doğumlarının kaç saat sürdüğü ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; doğum saati uzayan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum tercihleri ile "bu gebelikleriyle son doğumları arasında ne kadar zaman olduğu" arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,383$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum tercihleri ile "bu gebelikleriyle son doğumları arasında ne kadar zaman olduğu" ilişkili bulunmuş olup; bu zaman uzadıkça gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin en küçük çocuklarını kaç yaşında olduğu ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($r_{rb} = 0,344$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin en küçük çocuklarını kaç yaşında olduğu ile doğum tercihleri ilişkili bulunmuş olup; en küçük çocuklarının yaşı yükseldikçe gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin en küçük çocuklarının doğum ağırlığı ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır

($r_{rb} = -0,120$, $p=0,461$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum tercihleri ile en küçük çocuklarının doğum ağırlıkları ilişkili olarak bulunmamıştır.

Tablo 4.17: Daha Önce Doğum Yapmış Olan Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağlımlılık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları

Değişkenler		Gebelerin Doğum Şekli Tercihi		χ^2	Sd	p	İlişki
		Vajinal Doğum	Sezaryen				
Son doğumunuzu nerede yaptınız?	Devlet Hastanesi	22	16	Fisher's Exact Test		0,999	$\Phi=0,035$
	Özel Hastane	1	1				
Son doğumunuz hafta içi mi haftasonu mu oldu?	Hafta içi	12	11	0,628	1	0,428	$\Phi=0,125$
	Haftasonu	11	6				
Yaptığınız doğum şekline yönelik sorun yaşadınız mı?	Evet	4	14	16,667	1	0,000*	$\Phi=-0,646$
	Hayır	19	3				
Vajinal doğum yaptıysanız sorun yaşadınız mı?	Evet	4	14	14,301	1	0,000*	$\Phi=-0,622$
	Hayır	16	3				
Vajinal doğum yaptıysanız epizyo, vakum, forseps kullanıldı mı?	Epizyo	21	17	Fisher's Exact Test		0,499	$\Phi=-0,197$
	Hiçbiri	2	0				
Vajinal doğum sonrası kanama yaşadınız mı?	Evet	5	14	14,401	1	0,000*	$\Phi=-0,600$
	Hayır	18	3				

Tablo 4.17. Devam: Daha Önce Doğum Yapmış Olan Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri İle Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Ki-Kare Bağımsızlık / Fisher'in Kesin Testleri Sonuçları

Normal doğumu önerir misiniz?	Evet	20	3	19,215	1	0,000*	$\Phi=0,693$
	Hayır	3	14				
Sezaryen ile doğumu önerir misiniz?	Evet	3	14	19,215	1	0,000*	$\Phi=0,693$
	Hayır	20	3				
Doğum şekli tercihinizi kimler/neler etkiledi?	Sağlık Personeli	2	5	Fisher's Exact Test	0,113		$\Phi=-0,270$
	Kendisi/Eş/Akrabalar	21	12				
Yaşayan çocuk sayınız?	1 Çocuk	17	17	Fisher's Exact Test	0,030*		$\Phi=-0,361$
	2 Çocuk	6	0				

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum şekli tercihleri ile son doğumlarını nerede yaptıkları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*Fisher's Exact Test*, $p=0,999$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum şekli tercihleri ile son doğumlarını nerede yaptıkları ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin son doğumlarının hafta içi/hafta sonu olması ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır ($\chi^2_{(1)}= 0,628$, $p=0,428$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin son doğumlarının hafta içi veya hafta sonu olmasıyla doğum şekli tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin yaptıkları doğum şekline yönelik sorun yaşıyıp yaşamamaları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 16,667$, $p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi=-0,646$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin yaptıkları doğum şekline yönelik sorun yaşıyıp yaşamamaları ile doğum şekli tercihleri ilişkili olup, daha önce yaptıkları doğum şekline yönelik sorun

yaşamış olan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin sorun yaşıyıp yaşamamaları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 14,301, p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = -0,622$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin yaptıkları doğumlarında sorun yaşıyıp yaşamamaları ile doğum şekli tercihleri ilişkili olup, daha önce yaptıkları doğumlarında sorun yaşamış olan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğumlarında epizyo/vakum/forseps kullanılmış olmasıyla son doğumlarını nerede yaptıkları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*Fisher's Exact Test, p = 0,499*). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğumlarında epizyo/vakum/forseps kullanılmış olmasıyla doğum şekli tercihleri ilişkili olarak bulunmamıştır.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin vajinal doğum sonrası kanama yaşamaları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 14,401, p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = -0,602$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin vajinal doğum sonrası kanama yaşamaları doğum şekli tercihleri ilişkili olup, daha önce yaptıkları doğumlarında vajinal doğum sonrası kanama yaşamış olan gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin normal doğumu önerip önermemeleri ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 19,215, p < 0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi = 0,693$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin normal doğumu önerip önermemeleri ile doğum şekli tercihleri ilişkili olup, normal doğumu önermeyen gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin sezaryen doğumu önerip önermemeleri ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{(1)}= 19,215, p<0,05$). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi= -0,693$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin sezaryen ile doğumu önerip önermemeleri ile doğum şekli tercihleri ilişkili olup, sezaryen ile doğumu öneren gebelerin vajinal doğum yerine sezaryen doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum şekli tercihleri ile bu tercihlerini kimlerin etkilediği arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*Fisher's Exact Test, $p=0,113$*). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin doğum şekli tercihleri ile bu tercihlerini kimlerin etkilediği ilişkili olarak bulunmamıştır.

Fisher' in Kesin Test sonucuna göre; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin çocuk sayıları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (*Fisher's Exact Test, $p<0,05$*). Bu ilişki orta güçtedir ($\Phi=-0,361$). Özetle; daha önce vajinal doğum yapmış olan gebelerin çocuk sayıları ile doğum şekli tercihleri ilişkili olup; çocuk sayıları artıkça gebelerin sezaryen doğum yerine vajinal doğumu daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Kültürlerin çoğunda hayatın normal bir parçası olarak kabul gören gebelik ve doğum eylemi fizyolojik bir olaydır. Bu dönemde karar verilmesi gereken önemli konulardan biri de doğum şeklidir. Gebeler doğumun nerede ve nasıl olacağı ile ilgili endişe yaşarlar. Vajinal doğum kadın fizyolojisi için genellikle uygundur fakat mümkün olmadığı durumlarda sezaryen ile doğum yöntemi alternatif olabilmektedir. Tıbbi etmenler dışında, gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu araştırma, Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran gebelerin doğum şekli tercihlerini ve bu tercihleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gebelerin doğum şekli tercihlerini inceleyen bir çalışma gebelerin % 13,8'i sezaryen ile doğum yöntemini, %77,3'ü vajinal doğum yöntemini tercih ettiğini bildirmiştir (Vatansever ve Okumuş 2013). Karabulutlu 'nın (2012) çalışmasında vajinal doğum tercihi %78,8 oranında belirtilmiş olup Şahin Büyük ve Çetinkaya'nın (2022) 363 gebe ile yaptıkları kesitsel çalışmada gebelerin %62,3'ü vajinal doğumu, %37,7'si sezaryen ile doğumu tercih ettiği saptanmıştır.

Bu çalışmada ise gebelerin % 44,7'sinin vajinal doğumu, % 55,3'ünün ise sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir. Doğum şekli tercihlerinin değişiklik göstermesi, ülkemizde farklı sosyokültürel yapıların varlığı ile ilişkilendirilebilir.

Bilgehan ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında vajinal doğumun tercih edilme nedenleri; %75 oranında 'anne için daha sağlıklı olduğunu düşünme', %62,5 oranında 'doğal yöntem olduğunu düşünme', %57,8 oranında 'bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme' ve %48,4 oranında 'doğum sonrası iyileşmenin kolay olduğunu düşünme' olarak belirtilmiştir.

Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) çalışmasında gebelerin vajinal doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde ilk sıralarda; 'doğumun ve doğum sonu iyileşmenin daha kolay olduğunu düşünmek', 'anne için daha sağlıklı olacağını düşünmek', 'çevre önerisi', 'ameliyat korkusu' ve 'bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünmek' olarak tespit edilmiştir.

Benzer şekilde Öznur ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında vajinal doğumun tercih edilme nedenlerinden ilk üç sırada; ‘sağlık için daha uygun olduğunu düşünmek’, ‘sezaryenden çekinmek’, ‘ameliyat olmak istememek’ yanıtların yer aldığı saptanmıştır. Maria Regina ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında gebelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinde; ‘doğumun ilk dakikalarında bebek ile etkileşimin sağlanması’, ‘hastanede kalış süresinin daha kısa olması’ ve ‘doğum sonrası iyileşmenin daha kısa olması’ şeklinde bildirilmiştir. Karabulutlu’nun (2012) çalışmasında ise vajinal doğumu tercih etme nedeninin %54,3 oranında ‘anne için daha sağlıklı olacağını düşünme’ olarak bildirilmiştir.

Çalışmamız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, gebelerin vajinal doğumu tercih etmelerinin en sık nedenleri arasında; ‘vajinal doğumun en iyi olduğunu düşünme’, ‘kültürel nedenler’, ‘doğal ve spontan olmasını istemesi’ ve ‘ekonomik sebepler’ olarak belirlenmiştir.

Yapılan başka bir çalışmada kadınların sezaryen ile doğum yöntemini tercih etmelerinin en sık nedenleri; %49 oranında ‘ağrı çekmek istememe’, %47,3 oranında ‘hekim önerisi’, %33,7 oranında ‘bebeği riske atmak istememe’, %21,2 oranında ‘tüpligasyon isteği’ olarak belirtilmiştir (Özer ve Erbay 2017).

Akarsu ve Mucuk (2014) yaptıkları çalışmada sezaryen ile doğum yöntemini tercih eden gebelerin %44’ünün doğum ağrısı ve doğum korkusu sebebi ile, %14,8’inin mükerrer sezaryen ve %14,8’inin sezaryen doğumun bebek için sağlıklı olduğunu düşünmesi sebebi ile tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Çalışma bulgularımız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, gebelerin sezaryen ile doğum yöntemini tercih etmelerinin en sık nedenleri arasında; ‘bebeği riske atmama düşünmesi’, ‘cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu’, ‘ağrısız ve acısız’, ‘doğum korkusu’ olarak belirlenmiştir.

Gebelerin yaş gruplarına göre doğum şekli tercihleri incelendiğinde, Akarsu ve Mucuk’un (2014) çalışmasında tercih edilen doğum şekli ile yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, gebelerin sezaryen doğum tercihlerinin ileri yaş ile birlikte arttığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Dorthé ve arkadaşları (2011)

gebelerin ileri yaşı ile birlikte sezaryen ile doğum yöntemine daha çok yönelimin arttığını bildirmişlerdir.

Çin’ de yapılan kohort bir çalışmada doğum şekli tercihlerinin yaş gruplarına göre değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (Shi vd., 2013). Benzer şekilde Alice Yuen ve arkadaşları (2015) Hong Kong’da yaptıkları bir çalışmada, gebelerin yaşlarının sezaryen ile doğum tercihleri ile orantılı olduğunu belirtmişlerdir.

İzmir’de yapılan bir saha çalışmasında 19 yaş altı kadınlarda sezaryen tercih oranı %23,3, 20-34 yaş grubunda %40,3 ve 35 yaş ve üzeri grupta %54,6 olarak bildirilmiştir (Konakçı ve Kılıç 2004). Mersin’de yapılan bir çalışmada ise 18-29 yaş grubundaki kadınların %54,9’unun, 30-39 yaş grubundaki katılımcıların %56,3’ünün ve 40-49 yaş grubundaki katılımcıların %43,2’sinin sezaryen ile doğumu tercih ettikleri bildirilmiştir (Öner ve Koçaş 2016).

Çalışmamız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup gebelerin yaşları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gebelerin yaşları arttıkça sezaryen doğum tercihleri artmaktadır. İleri yaşta gebelik; kadınların işgücüne katılım oranlarının artması ve ileri yaşlarda yapılan evlilikler nedeniyle arttığı düşünülmektedir. İleri yaş gebeliklerde doğum ve doğum sonu komplikasyon riskinin nispeten daha yüksek olması, kadınların sezaryen doğum tercihini artırdığı düşünülebilir.

Ayrıca gebelerin eşlerinin yaşları ile gebelerin doğum yöntemi tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Bulgular incelendiğinde çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin yaşları arttıkça, gebelerin sezaryen ile doğum yöntemini tercih etme eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Akarsu ve Mucuk (2014) gebelerin eğitim durumları ile tercih ettikleri doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Benzer nitelikte Maria Regina ve arkadaşları (2013) yaptığı çalışmada ise eğitim durumları düşük olan gebelerin daha çok sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiğini bildirmişlerdir.

Özceylan ve Toprak'ın (2020) kontrollü deney çalışmasında, gebelerin eğitim durumlarının doğum şekli tercihlerinde etkili olmadığını bildirmişlerdir. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada gebelerin eğitim durumları ile doğum şekli tercihleri ilişkili bulunmuş olup, lisans ve lisansüstü eğitimi olan gebelerin sezaryen ile doğum yöntemini daha çok tercih ettikleri bildirilmiştir (Meseret vd., 2020). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada vajinal doğumların %17'si, sezaryen doğumların %47'si üniversite mezunu olarak belirlenmiştir (Mutlu ve Yurtçu 2020).

Çalışmamız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, elde edilen bulgulara göre gebelerin eğitim durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumları arttıkça sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettikleri belirtilmiştir. Eğitim seviyesi yüksek kadınların sağlık hizmetlerine daha çok ulaşabildiği ve sezaryen hizmetlerine daha kolay ulaştığı düşünülebilir.

Özceylan ve Toprak (2020) yaptıkları araştırmada gelir düzeyi yüksek olan gebelerin sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Benzer şekilde Eskişehir'de yapılan bir araştırmada vajinal doğumu tercih eden gebelerin %80'inin gelirlerinin 1000 TL altında olduğu tespit edilmiş olup araştırmaya katılan gebelerin gelir durumları ile doğum şekli tercihleri arasında yapılan istatistiksel değerlendirmenin anlamlı bulunduğu bildirilmiştir (Fatma vd., 2009).

Çalışmamız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, elde edilen bulgulara göre gebelerin aylık gelir durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gebelerin aylık gelir durumları arttıkça sezaryen doğum tercihleri artış göstermektedir. Bu durum, toplumda kabul görmüş olan sezaryenin daha konforlu ve güvenli olduğu düşüncesinden ve ekonomik durumu iyi olan gebelerin sezaryen sıklığı yüksek olan merkezlere ulaşımının daha kolay olmasından kaynaklanabilir.

Jiasong ve arkadaşları (2014) tarafından Paraguay'da yapılan bir çalışmada, il merkezlerinde yaşayan gebelerin doğum şekli tercihlerinde sezaryen tercih oranı %42,2, kırsal bölgelerde yaşayan gebelerin doğum tercihlerinde sezaryen tercih oranı %26,7 olarak bildirilmiştir. Yine benzer olarak Meseret'in (2020) çalışmasında il

merkezlerinde yaşayan gebelerin, kırsal kesimde yaşayan gebelere kıyasla 6,54 kat daha fazla sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği bildirilmiştir.

Priyanka ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları bir araştırmada, kırsal alanlardaki %19,5 sezaryen oranına kıyasla, kentsel alanlarda %28,6 oranında sezaryen oranı bildirmişlerdir. Ankara’da üç sağlık grup başkanlığı bölgesinde yapılan bir çalışmada, gebelerin il merkezlerinde yaşıyor olması kırsal bölgelerde yaşıyor olmasına göre sezaryen doğumu tercih etme olasılığını 10,1 kat arttırdığı bildirilmiştir (Seçil vd., 2013). Mersin’de yapılan bir çalışma, yaşamının çoğunu il merkezlerinde geçiren gebelerin % 54,7’si sezaryen ile doğum yöntemini, kırsalda yaşayan gebelerin %40,9’unun sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiğini bildirmiştir (Öner ve Koçaş 2016).

Çalışma bulgularımız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, gebelerin yaşadıkları yer ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gebelerin yaşadıkları yerleşim yeri büyüklüğü arttıkça sezaryen ile doğum tercihleri artış göstermektedir. İl merkezlerinde yaşayan gebelerin muhtemelen şehir kültüründen etkilendikleri ve hastane hizmetlerine daha kolay ulaşıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Karabulutlu (2012) yaptığı bir çalışmada, gebelerin evlenme yaşı ile doğum şekli tercihleri arasındaki değerlendirmede evlenme yaşı 19 ve üzeri olan kadınların %86’sının vajinal doğumu tercih ettiğini bildirmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak çalışmamızda evlenme yaşı ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmış olup, gebelerin evlenme yaşları arttıkça sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda evlenme yaşı 15-20 aralığında olan gebelerin %63,1’i normal doğum yöntemini, evlenme yaşı 21 ve üzeri olan gebelerin %63,3’ü sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir. Benzer bir çalışmada sezaryen ile doğum yöntemini tercih eden gebelerin %92’sinin evlenme yaşlarının 19 ve üzeri olduğu bildirilmiştir (Fatma vd., 2009). Karabulutlu’nun (2012) yaptığı çalışmada evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan gebelerin %57,5’i sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği gözlemlenmiş olup çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Eskişehir’de yapılan bir çalışmada normal doğumu tercih eden gebelerin

%47'sinin 11 yıl ve üzeri olduğu bildirilmiştir (Fatma vd., 2009). Evlenme yaşları ve evlilik sürelerinin artması beraberinde kadınlarda ileri yaş gebeliklerin görülmesine sebep olabilir ve bu durumda kadınların gebeliklerini riskli görmesi ile sezaryen doğum tercihlerinin artışına katkı sağladığı düşünülebilir.

Meseret ve arkadaşları (2020) çalışan gebelerin, çalışmayan gebelere kıyasla doğum yöntemi tercihlerinde sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Benzer sonuçlar literatür örnekleri ile belirtilmiştir (Öznur vd., 2007, Öner ve Koçaş 2016, Karabulutlu, 2012). Bu çalışmalardan farklı olarak, gebelerin çalışma durumlarının doğum şekli tercihlerinde etkili olmadığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (Gebremedhin 2014, Fatma vd., 2009).

Çalışma bulgularımız birçok literatür örnekleri ile benzerlik göstermektedir ve bulgularımıza göre gebelerin meslekleri ve çalışma durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Çalışma sonuçlarının farklılığı, çalışılan örneklem gruplarının özelliklerindeki farklılıklar ile açıklanabilir. Çalışan gebelerin daha çok sezaryen doğum yöntemini tercih etmelerinin sebebi ekonomik özgürlüklerine bağlı olarak sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu sağlık kurumlarına kolay ulaşımından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, gebelerin eşlerinin çalışma durumları ve meslekleri ile gebelerin doğum yöntemi tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Bulgular incelendiğinde eşi çalışmayan gebelerin tamamının vajinal doğum yöntemini tercih ettiği, eşi çalışan gebelerin yüksek oranda sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir. Bu durumun aylık gelir oranını etkilediği ve aylık geliri yüksek olan gebelerin sezaryen eğiliminde olduğunu düşündürebilir.

Aile içi bağların güçlü olduğu ülkemizde geniş ailede yaşayan gebelerin, çekirdek ailede yaşayan gebelere kıyasla daha fazla oranda vajinal doğum yöntemini tercih ettikleri bildirilmiştir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Geniş ailelerin daha geleneksel bir yapıya sahip olması nedeniyle vajinal doğum yönteminin tercih edildiği görülmektedir (Mutlu ve Yurtçu 2020).

Çalışmamız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, geniş ailede yaşayan gebelerin vajinal doğum yöntemini tercih ettikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda gebelik sayısı, çoğul gebelik öyküsü, kürtaj öyküsü ve prematür doğum öykülerinin varlığı ile doğum yöntemi tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunamamıştır.

Temizkan ve Mete'nin (2020) yaptığı bir çalışmada, planlı gebeliklerde sezaryen oranı %27,5 plansız gebeliklerde ise %15,2 olarak belirtmişlerdir. Ancak Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) çalışmasında gebeliği planlama durumları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir.

Çalışma bulgularımıza göre planlı gebeliklerin %58,4 ünün sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği, %41,5'inin vajinal doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Gebeliğin planlanmış olması, kadınların gebeliğe uyumunu gösteren bir faktör olarak düşünülebilir. Çalışmamızda gebelin planlı olması ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur. Planlı gebeliklerde sezaryen ile doğum yönteminin tercih edildiği saptanmıştır.

Konakçı ve Kılıç'ın (2004) çalışmasında bebeklerin cinsiyetlerinin, gebelerin doğum şekli tercihlerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Adıyaman'da yapılan retrospektif bir çalışmada bebeklerin cinsiyetlerinin doğum yöntemi tercihlerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (Bülbül, 2021).

Çalışma bulgularımızda bebeğin cinsiyeti ile gebelerin doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunamamıştır fakat Ellice ve arkadaşları (1997) bebeğin cinsiyetinin sezaryen ile doğumlarda etkili olduğunu, erkek bebeklerde vajinal doğuma kıyasla sezaryen doğum oranlarının yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir. Erkek bebeklerin çoğunlukla daha iri olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Konakçı ve Kılıç (2004) İzmir'de yaptıkları kesitsel ve analitik araştırmada 36 hafta ve daha erken gebeliklerde sezaryen ile doğum tercihlerinin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bülbül'ün (2021) yaptığı retrospektif bir çalışmada gebelik haftası ve yenidoğan doğum ağırlığı sezaryen ile doğum yöntemini tercih eden gebelerde daha düşük bulunduğu bildirilmiştir. Oysa ki Temizkan ve Mete (2020), gebelerin 38 hafta öncesine göre 38 hafta ve sonrasında gebelerin normal doğum yöntemine kıyasla sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Gebeliğin son

haftalarında eylemin yaklaşması ile gebelerde doğum korkusunun artması ve buna bağlı olarak sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettikleri düşünülmektedir.

Literatürden farklı olarak çalışmamızda gebelik haftası ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunamamıştır.

Akarsu ve Mucuk'un 2014 yılında Yozgat'ta yaptıkları çalışmada infertilite öyküsü olan gebelerin diğer gebelere kıyasla doğum şekli tercihlerinde anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmişlerdir. Maria Regina ve arkadaşları (2013) ise infertilite tanısının gebelerin sezaryen ile doğum tercihlerindeki artışa etkili olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Gözükara ve Eroğlu 'da (2008) infertilite öyküsü olan gebelerin vajinal doğum yöntemine kıyasla sezaryen ile doğum yöntemini tercih etme oranının yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, infertilite öyküsü ve abortus öyküsü olan gebelerin doğum şekli tercihlerinde anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gebeliklerinde infertilite öyküsü olan kadınların sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği görülmüştür. Tedavi sonucu doğacak bebeğe 'kıymetli bebek' gözüyle bakılıp, doğum sırasında meydana gelebilecek komplikasyonlardan korunmak istenmektedir. Gebeler ve hekimler tarafından sezaryen ile doğum daha kontrollü ve güvenli olarak düşünülmektedir. Bu sebeple infertilite öyküsü olan gebelerin sezaryen ile doğum tercihlerinin yüksek olması olağan bir sonuç olarak düşünülebilir.

Manisa'da yapılan bir çalışmada, bilgi/eğitim alan gebelerin istatistiksel olarak vajinal doğum oranları anlamlı şekilde yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Pakize Özge vd., 2021). Bu çalışmayı destekler nitelikte Ohad ve arkadaşları (2020) yaptığı 318 nullipar gebenin retrospektif tarandığı vaka kontrol çalışmasında bilgi/eğitim alan gebelerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde vajinal doğumu tercih ettiği bildirilmiştir.

Yine benzer sonuçlar ile Daniela ve arkadaşları'nın (2018) İtalya'da yaptıkları retrospektif kohort çalışmalarında bilgi/eğitim alan gebelerin sezaryen ile doğum tercihlerinin anlamlı bir şekilde azaldığını bildirmişlerdir. Çin'de yapılan bir çalışmada bilgi/eğitim alan gebelerin sezaryen ile doğum tercihlerinde azalma olduğu bildirilmiştir (Yifei vd., 2019).

Yozgat'ta yapılan iki merkezli kesitsel bir çalışmada, doğum yöntemleri hakkında bilgi/egitim alan gebelerin %69,2'sinin, bilgi almayan gebelerin %51,8'inin sezaryen ile doğum yaptığı bildirilmiştir (Metin vd., 2014). Mersin'de yapılan bir çalışmada ise bilgi/egitim alan gebelerin %69,8'i, bilgi/egitim almayan gebelerin %30,2'si sezaryen ile doğum yöntemini tercih etmiştir (Öner ve Koçaş 2016).

Çalışmamız bazı literatür örnekleri ile benzerlik göstermektedir. Bulgularımıza göre gebelerin doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim almaları ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gebelerin doğum yöntemleri konusunda bilgi/egitim almaları ve düzenli takibe gitme durumları sezaryen ile doğum tercihlerini artırmaktadır.

Doğum öncesi alınan bilgi/egitimin nereden veya kimlerden alındığı önemlidir. Yozgat'ta yapılan saha çalışmasında, doğum yöntemleri konusunda hekim tarafından bilgilendirilen gebelerin %50'sinin vajinal doğum yöntemini tercih ettiğini, yardımcı sağlık personeli tarafından bilgilendirilen gebelerin %83,3'ünün sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği bildirilmiştir (Metin vd., 2014).

Mersin'de yapılan çalışmada doğum yöntemleri konusunda hekim tarafından bilgilendirilen gebelerin %69,4'ü sezaryen, yardımcı sağlık personeli tarafından bilgilendirilen gebelerin %59,'unun ise vajinal doğumu tercih ettiği tespit edilmiştir (Öner ve Koçaş 2016).

Çalışma bulgularımızda, aile-çevre tarafından bilgilendirilen gebelerin %81'i, dergi-tv-medya aracılığı ile bilgi edinen gebelerin %95'i, doğuma hazırlık sınıflarından eğitim alan gebelerin %66,6'sının sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir. Bulgular, gebelerin eğitim aldıkları yerler ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda, gebelik takiplerini yardımcı personele kıyasla doktora yaptıran gebelerin vajinal doğum yerine daha çok sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettikleri saptanmıştır.

Çalışma bulgularımızda gebelik döneminde alınan bilgi/egitimin yeterli olmadığını düşünen gebelerin %88'i sezaryen, %12'si vajinal doğum yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir. Bulgular arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Bu

değerler gebelerin doğum yöntemleri konusunda doğru bilgilendirilmesinin önemini bir kez daha hatırlatır niteliktedir.

Akarsu ve Mucuk'un (2014) çalışmasında, takiplerini özel hastanede yaptıran gebelerin %49,2'sinin, devlet hastanesinde yaptıran gebelerin ise %30,5'inin sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği belirtilmiştir. Özel hastanede doğum yapan gebelerin sezaryen ile doğum yöntemini tercih etme oranının devlet hastanesini tercih eden gebelere kıyasla 1,75 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Etiyopya'da kamu ve özel sağlık kuruluşunda sezaryen doğum prevalansı incelenmiş ve kamu sağlık kuruluşunda sezaryen doğum prevalansı %27,5, özel sağlık kuruluşunda sezaryen doğum prevalansı %56,3 olarak bildirilmiştir (Meseret vd., 2020).

Priyanka ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada sezaryen doğum prevalansı kamu ve özel hastanelerde sırasıyla %12,7 ile 37,9 olarak belirlenmiştir. Literatür örnekleri çalışmamız ile benzerlik göstermiş olup sezaryen ile doğum yöntemini tercih eden gebelerin doğumlarını özel hastanede yapmak istedikleri belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, özel hastanelerde sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğunu destekler çalışmalar ile uyumludur (Hopkins, 2000, Konakçı ve Kılıç 2004). Bazı çalışmalarda gebelerin takip sayısının (≥ 4) olması, sezaryen oranlarının artmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Spurrett ve Cook 1997, Jennefer vd., 2004).

Çalışmamızda, takiplerini sağlık ocağında yaptıran gebelerin %70,2'si vajinal doğum yöntemini, takiplerini devlet hastanesinde yaptıran gebelerin %71,5'i ve takiplerini özel hastanede yaptıran gebelerin %73,6'sı sezaryen ile doğum yöntemini tercih etmiştir. Çalışmamız literatür örnekleri ile benzerlik göstermiş olup, gebelerin takip için gittikleri kurumlar ile doğum yöntemi tercihleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Takiplerine düzenli giden gebeler ile takip sayısı daha fazla olan gebelerin daha çok sezaryen ile doğumu tercih ettikleri çalışma bulgularımızda saptanmıştır.

Çalışmamızda daha önce vajinal doğum yapan gebelerin doğum eyleminde sorun yaşamış olmaları, doğum eyleminin uzun saatler sonucu gerçekleşmiş olması ve folik asit kullanımları gebelerin doğum şekli tercihlerinde etkili olduğu ve vajinal doğum yerine sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettikleri belirlenmiştir.

Gebeler doğum yöntemine karar verirken birçok faktörden etkilenebilmektedir. Aile bireyleri, arkadaş çevresi ve sağlık personeli bu faktörler arasında yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada, vajinal doğumu tercih eden gebelerin, doğum şekline karar verirken kendileri dışında %81,5 oranında eşlerinden, %61,2 oranında annelerinden etkilendiği belirtilmiştir (Mutlu ve Yurtçu 2020). Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) çalışmasında gebelerin doğum şekli ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiği ve karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiği belirtilmiştir.

Çalışma bulgularımızda, vajinal doğum yöntemini tercih eden gebelerin %57,1'i kendisinin ve eşinin karar vermesi gerektiğini düşünürken, %34,5'i aile ve akrabaların kararlarında etkili olduğunu düşünmüşlerdir. Çalışmamızda, doğumlarını doktor/ebe/hemşirenin yaptırmasını isteyen gebelerin %33,3'ü vajinal doğumu, %66,6'sı sezaryen ile doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Doğumlarını doktorun yaptırmasını isteyen gebelerin %59,2'sinin sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilerinin varlığı ile bu yöntemlerden kondom veya hormonal yöntemleri kullananların sezaryen ile doğum yöntemine eğilimlerinin arttığı görülmektedir.

Vatansever ve Okumuş'un (2013) gebelerin doğum şekli tercihleri ile karar verme stilleri arasındaki varyans analizi sonuçları incelendiğinde, ölçeğin alt boyutlarından olan erteleyici ve kaçınan karar verme stili puanları ile doğum şekli tercihleri arasındaki farkın anlamlı bulunduğu görülmüştür. Erteleyici karar verme stiline sahip gebelerin daha çok sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise gebelerin karar vermede öz-saygı düzeyleri ile doğum şekli tercihleri ilişkili bulunmamıştır fakat "Dikkatli" alt boyutu güvenilir bulunmuştur ($\alpha > 0,60$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran gebelerin doğum şekli tercihleri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülmüş olan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, şu şekilde özetlenebilir;

Sonuç;

Çalışmamıza katılan gebelerin %44,7'sinin vajinal doğum yöntemini, %55,3'ünün sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettiği belirlendi.

Çalışmamıza katılan gebelerin %17,12'si “Ekonomik sebepler”, %15,32'si “Normal doğumun en iyi olduğunu düşünme” ve “Kültürel nedenler”, %13,6'sı “Doğal ve spontan olmasını istemesi”, %12,16'sı “Kolay ve rahat olması”, %9,1'i “Çabuk iyileşme”, %7,66'sı “Bebek ile iletişimin ve etkileşimin daha erken başlaması”, %6,31'i “Hastaneden eve çabuk dönmek”, %2,7'si “Anestezi yada ameliyat korkusu”, %1,35'i “Aile baskısı” nedenleri ile vajinal doğum yöntemini tercih ettikleri belirlendi.

Çalışmamıza katılan gebelerin %21,22'si “Bebegi riske atmama düşüncesi”, %18,37'si “Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu”, %15,1'i “Acısız ve ağrısız”, %14,69'u “Doğum korkusu”, %11,84'ü “Cinselliği koruma kaygısı”, %6,94'ü “Kolay ve rahat”, %6,58'i “İleri yaş”, %6,12'si “Tedavi ile gebelik öyküsü”, 4,49 “Doğum zamanını belirleme”, %4,08'i “Rahim sarkması korkusu”, %3,27'si “Doğum sonrası idrar tutamama kaygısı” nedenleri ile sezaryen ile doğum yöntemini tercih ettikleri belirlendi.

Çalışmamıza katılan gebelerin doğum yöntemi tercihlerinde “Yaş”, “Evlenme yaşı”, “Evlilik süresi”, “Eğitim durumu”, “Çalışma durumu”, “Aylık gelir düzeyi”, “Eşinin yaşı”, “Eşinin gelir durumu”, “Eşinin eğitim düzeyi”, “Eşinin çalışma durumu”, “Yaşanılan yerleşim yeri”, “Aile tipi”, “Eş ile akrabalık durumu”, “Gebeliğin planlı olması”, “Abortus öyküsü”, “Gebeliğinde tedavi öyküsü”, “Bilgi/eğitim alma durumları”, “Bilgi/eğitimin nereden alındığı ve yeterli olma durumu”, “Gebelik takiplerine düzenli gitme durumu”, “Gebelik döneminde yapılan takip sayısı”,

“Gebelik takiplerini yaptırdığı yer”, “Gebelik takiplerini yaptırdığı kişi”, “Gebeliğinde folik asit kullanımı”, “Doğum şekline kimlerin karar vermesi gerektiği”, “Doğum yapmak istenilen yer”, “Doğumu yaptırmayı istenilen kişi”, “Aile planlaması yöntemleri bilgisi ve tercihi”, “Yapılan son doğumun kaç saat sürdüğü”, “Gebeliği ile son doğum arasındaki süre”, “En küçük çocuğunun yaşı”, “Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin doğum şekline yönelik sorun yaşama durumları”, “Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin sorun yaşama durumları”, “Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin kanama sorunu yaşama durumları”, “Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin terar vajinal doğumu önerme durumları”, “Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin, sezaryen ile doğum yöntemini önerme durumları”, “Daha önce vajinal doğum yapan gebelerin çocuk sayıları” arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır.

Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği – I yüksek güvenirlikte bulunmuştur ($\alpha > 0,70$).

Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği – I’nin puan ortalaması $7,82 \pm 3,87$ olarak hesaplanmıştır.

Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği II’nin alt boyunlarından “dikkatli” alt boyutu güvenilir bulunmuştur ($\alpha > 0,60$).

Öneriler:

Sezaryen oranları artan sıklığı ile toplumsal sorun olarak gündemimizde yer almaktadır. Bu nedenle tüm dünya ülkeleri sezaryen oranlarını düşürmek için çeşitli strejiler geliştirme çabası içindedirler.

- ✓ Ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimler ile doğum şekillerinin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilerinin artırılması gerekmektedir.
- ✓ Gebe eğitim sınıfları yaygınlaştırılmalı ve teşvik edilmelidir. Gebe eğitim sınıfları kadınların bilgi ihtiyaçlarına cevap verebilecek, kadınları fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak doğuma hazırlayabilecek nitelikte olmalıdır.

- ✓ Hemşire ve ebe liderliğinde uygulamalı solunum ve gevşeme teknikleri eğitim programları oluşturulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.
- ✓ Doğum korkusu ve kaygı gibi bireysel tepkiler için destek almak isteyen gebelere psikoeğitim programları düzenlenmelidir.
- ✓ Bir kez sezaryen hep sezaryen görüşü yerine doğru doğum eylemi görüşü benimsenebilir.
- ✓ Ebelerin sezaryen riskleri konusunda bilgilendirilmesi, gebe ve eşlerinin prenatal eğitim almalarının sağlanması, vajinal doğum ile ilgili korku, endişe, yanlış bilgi ve inançlarının düzeltilmesi gebelerin kendilerine uygun doğum seçimine karar vermesini sağlayacaktır.
- ✓ Doğum yapacak tüm gebeler için, profesyonel prenatal bakımın yanında, seçtiği refakatçilere sınırsız erişiminin sağlanması gerekmektedir.
- ✓ Gebenin kültür ve değerlerine uygun bakım sağlanmalıdır. Herhangi bir komplikasyon yoksa gebeye hareket özgürlüğü tanınmalıdır. Gerekli olmayan müdahalelerden kaçınılmalı, doğumun doğallığından uzaklaşılmalıdır.
- ✓ İncelenen literatür çalışmalarında yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda korku, kaygı ve normal doğuma ilişkin özgüven eksikliği sebebiyle sezaryen ile doğuma yönelim fazladır. Bu özel gruba, prenatal eğitimlerin daha dikkatli verilmesi gerekmektedir.
- ✓ Gebelerin doğum yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, aile ve çevreden olumsuz vajinal doğum öyküleri duymaları sezaryen doğumların planlanmasında önemli etkenlerdir. Birinci basamak sağlık kurumlarında verilecek danışmanlık hizmeti gebenin ihtiyacı doğrultusunda planlanmalıdır.
- ✓ Günümüzde sosyal medya önemli bir iletişim aracı olarak kullanılmaktadır. Normal doğumun teşviki için uygun sloganlar hazırlanıp sosyal medyadan duyurulabilir. Televizyon kanallarında

doğum yöntemlerinin avantajları ve dezavantajları ile ilgili söyleşiler yapılabilir, kamu spotları oluşturulabilir.

- ✓ Eylem ilerleyişini değerlendirebilmek için partograf kullanımı önerilmektedir.
- ✓ Yapılan literatür çalışmalarına göre sezaryen endikasyonlarından biri de önceki doğumun sezaryen yöntemi ile yapılmış olmasıdır. Bu sebeple doğum şekline karar vermeden önce SSVD yönteminin de riskleri ve faydaları değerlendirilebilir.
- ✓ Gebelerin doğum şekli tercihleri ve bu konudaki bilgi düzeyleri dikkate alınarak, mevcut olan eğitim programları iyileştirilebilir ve böylece kendisi için en uygun doğum yöntemine karar vermesine katkıda bulunulabilir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, B., Ayoğlu, F. N., Aslan Yüksel, N., & Yüksel, C. (2020). Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların doğum yöntemleri ve etkileyen etmenler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 87-96.
- Adair, J. (2000). Karar verme ve problem çözme. *Üçüncü baskı*. (Çev. N. Kalaycı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akarsu, R. H., & Mucuk, S. (2014). Turkish women's opinions about cesarean delivery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(6), 1308-1313.
- Aktaş, D., & Gönenç, İ. M. (2011). Sezaryen ve etik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 19(3), 186-195.
- Aktaş, S., & Yılar Erkek, Z. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 111-124.
- Ali, U. A., & Norwitz, E. R. (2009). Vacuum-assisted vaginal delivery. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 2(1), 5-17.
- Altıparmak, S., & Coşkun, A. M. (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-2624.
- Amanak, K. (2022). Gebelerin vajinal ve sezaryen doğuma yönelik görüşleri: nitel bir çalışma. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(2), 122-140.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009). Induction of labor. *Practice Bulletin No.107*, 114(2), 386-397.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). Operative vaginal delivery. *Practice Bulletin*, 126(5), 56-65.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), 1-15.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). Committee opinion no.687: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics and Gynecology*, 129(2), 20-28.
- Arslan, E., & Akçabay, Ç. (2021). Vakum yardımcı vajinal doğumun maternal ve neonatal sonuçları. *DEU Tıp Dergisi*, 35(3), 264-269.
- Arslan, S., Okcu, G., Coşkun, A. M., & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192.
- Asgarian, A., Rahmati, N., Nasiri, F., & Mohammadbeigi, A. (2020). The failure rate, related factors and neonate complications of vaginal delivery after cesarean section. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(1), 65-70.
- Aslan, Ş., & Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 32-40.

- Bailit, J. L., Aşk, T. E., & Mercer, B. (2004). Rising cesarean rates: are patients sicker? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 800-803.
- Başar, F., & Yeşildere Sağlam, H. (2018). Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Cyrrrent Researches on Health Sector*, 8(1), 59-74.
- Bay, F., & Bulut, Ö. Ü. (2020). Doğum indüksiyonu: maternal, fetal-neonatal etkileri, ebeinin rolü. *Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 4-14.
- Bedir, N. (2019). *Nullipar gebelerin gebelik süresince doğum şekilleri ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir (Tez Numarası 545056).
- Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 289.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(2), 50-59.
- Buran, G., Olgaç, Z., & Karaçam, Z. (2020). Doğuma hazırlık sınıflarının kadınların doğum şekli, korkusu ve deneyimine etkisi: sistematik derleme. *Life Sciences*, 15(4), 41-54.
- Butler, M. M. (2017). Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-12.
- Bülbül, M. (2021). Primer sezaryen doğum oranını etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(1), 111-115.
- Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., & Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3), 126-130.
- Canbal, M., Ak, M., Yılmaz, A., & Palancı, Y. (2014). Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(2), 319-325.
- Cantone, D., Lombardi, A., Assunto, D. A., Piccolo, M., Rizzo, N., Pelullo, C. P., & Attina, F. (2018). A standardized antenatal class reduces the rate of cesarean section in southern Italy: A retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*, 97(16), 456.
- Ceylantekin, Y. (2006). *Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 193008).
- Chen, Y. T., Hsieh, Y.-C., Shen, H., Torng, P.-L., Cheng, C.-H., & Lee, K.-H. (2022). Vaginal birth after cesarean section: experience from a regional hospital. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 61(3), 422-426.
- Cragin, E. B. (1916). Conservatism in Obstetrics. *New York Medical Journal*, 104, 1-3.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Spong, C. Y., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (2018). *Williams Obstetrics 25th edition*. New York: McGraw Hill Medical.
- Çakır, D., & Alparslan, Ö. (2018). Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(2), 139-147.

- Das, P., Samad, N., Sapkota, A., Al-Banna, H., A Rahman, N. A., Ahmad, R., . . . Godman, B. (2021). Prevalence and factors associated with caesarean delivery in Nepal: evidence from a nationally representative sample. *Cureus*, 13(12), 203-226.
- Demir, R. (2022). Anne ve bebek dostu sezaryen. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 53-60.
- Demirbaş, M., Karabel, M. P., & İnci, M. B. (2017). Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158-163.
- Demirgöz Bal, M., & Dereli Yılmaz, S. (2017). *Ebelere yönelik kapsamlı doğum*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, s.358.
- Demirgöz Bal, M., Dereli Yılmaz, S., & Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 139-146.
- Demirsoy, G., & Aksu, H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 36-45.
- Deniz, M. E. (2004). Üniversite öğrencilerinin karar vermede öz saygı karar verme stilleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 4(15), 23-35.
- Desdicioğlu, R., Çelen, E., Yeğin, G. F., Sarıkaya, E., Keskin, H. L., & Moraloğlu Tekin, Ö. (2022). Sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında gebelerin görüşleri ve bilgi düzeyleri. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(1), 40-43.
- Dinç, A. (2022). *Sağlık & Bilim 2022 Ebelik-1*. İstanbul: Efe Akademi, s.156.
- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD). (2021). *Caesarean sections*. <https://www.oecd.org/sayfasından-erişilmiştir>.
- Ertem, G., & Koçer, A. (2008). Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Dirim Tıp Dergisi*(82), 1-5.
- Fahmy, W. M., Crispim, C. A., & Cliffe, S. (2018). Association between maternal death and cesarean section in latin America: A systematic literature review. *Midwifery*, 59, 88-93.
- Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Oian, P., & Kristiansen, I. S. (2015). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(1), 45.
- Gao, Y., Tang, Y., Du, Y., Tong, M., & Chen, Q. (2019). Does attendance of a prenatal education course reduce rates of caesarean section on maternal request? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, China. *BMJ Open*, 9(6), 29437.
- Gebremedhin, S. (2014). Trend and socio-demographic differentials of Caesarean section rate in Addis Ababa, Ethiopia: analysis based on Ethiopia demographic and health surveys daha. *Reproductive Health*, 11(1), 14.
- Gluck, O., Pichas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J., & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *Int J Gynaecol Obstet*, 148(3), 300-304.
- Gökçek, A. İ., & Yazıcı, S. (2022). Labor support and midwifery care. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 5(1), 93-99.
- Gözükara, F., & Eroğlu, K. (2008). İlk doğumu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-46.

- Gözükara, F., & Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 89-100.
- Gözükara, İ., Karapınar, O., Kurt, R., Demirkıran, G., & Hakverdi, A. U. (2016). Sezaryen sonrası vajinal doğum: sağlık çalışanlarında bir anket çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(4), 151-153.
- Güven Ay, G. (2019). *Sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 544429).
- Güzel, M. (2014). *Zonguldak kadın doğum hastanesine başvuran gebelerin bilgi,tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihinine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Bülent eEcevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 359630).
- Hopkins, K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med.*, 51(5), 725-740.
- İnegöl Gümüş, İ., & Kamalak, Z. (2010). Sezaryen sonrası her hastaya normal vajinal doğum denenebilir mi? *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 73(1), 33-37.
- Jalali, N., Hadavand, S., Jafari, F., Rabiee, M., & Shojaie, K. K. (2019). Pregnant women's views on the type of delivery:determinants and relationships. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 29(3), 167-175.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2).
- Kamilçelebi, N., Şahin, A. S., Salihoğlu, Z., Derbent, A., Sargın, A., & Karaman, S. (2019). Doğumhanede son bir yılda uygulanmış olan ağrısız doğum uygulamalarının retrospektif olarak incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 58(2), 131-135.
- Kaplanoğlu, M., Bülbül, M., Kaplanoğlu, D., & Bakacak, S. M. (2015). Effect of multiple repeat cesarean sections on maternal morbidity: data from southeast Turkey. *Medical Science Monitor*, 21, 1447-1453.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 210-218.
- Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 7-14.
- Karakuş, R., Anğın, D., Temizkan, O., Polat, M., Şanverdi, İ., Karakuş, S., & Ekinci, F. (2014). Vakum operatif vajinal doğumun perinatal etkileri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 192-197.
- Kargın, P. Ö., Sezer, G., Şen, S., & Duran, M. (2021). Gebe bilgilendirme sınıfının doğum şekline etkisi. *Kocaeli Medical Journal*, 10(2), 156-159.
- Kavuncuoğlu, D., Koşan, Z., Çalikoğlu, E. O., & Aras, A. (2019). Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(6), 395-400.

- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PloS Medicine*, 15(1).
- Kerr, J. M. (1926). The technic of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. *AM J Obstet Gynecol*, 12(729).
- Kızılca Çakaloz, D., & Çoban, A. (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasında ebeğin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1), 51-59.
- Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Edmonds, J. K., & Repke, J. T. (2019). Mode of delivery preference among pregnant nulliparous women. *Journal of Women's Health*, 28(6), 874-884.
- Kolomar, M., Opiyo, N., Betran, A. P., Bohren, M. A., Kingdon, C., Uzun, Q., & Nion, S. (2021). Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *Plos One*, 16(5), 251-272.
- Konakçı, S., & Kılıç, B. (2004). İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *T Klin Jinekoloj Obst*, 14(2), 88-95.
- Korkut, S., & Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 144-152.
- Kütük, M. S., Özgün, M. T., Uludağ, S., Dolanbay, M., Özdemir, F., Uysal, G., & Öztürk, A. (2013). Rutin epizyotomi uygulamasının terk edilmesi: Erciyes Üniversitesi deneyimi. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics*, 23(3), 154-159.
- Li, H., Wang, J., Wu, L., Luo, J., Liang, X., Xiao, B., & Zhu, Y. (2018). The impacts of delivery mode on infant's oral microflora. *Scientific Reports*, 8(1), 119-138.
- Lieberman, E., Lang, J. M., Cohen, A. P., Frifoletto, F. D., Acker, D., & Rao, R. (1997). The association of fetal sex with the rate of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 176(3), 667-671.
- Lin Lin, S., Leung, G. M., & Schooling, C. M. (2013). Mode of delivery and adiposity: Hong Kong's 'children of 1997' birth cohort. *Ann Epidemiol*, 23(11), 693-699.
- Loke, A. Y., Davies, L., & Li, S.-f. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The Health Belief Model. *BMC Health Services Research*, 15, 274.
- Luke, B. (2017). Pregnancy and birth outcomes in couples with infertility with and without assisted reproductive technology: with an emphasis on US population-based studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(3), 270-281.
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2007). Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*, 34(1), 65-79.
- Melesse, M. B., Geremew, A. B., & Abebe, S. M. (2020). High prevalence of cesarean birth among mothers delivered at health facilities in Bahir Dar city, Amhara region Ethiopia. A comparative study. *Plos One*, 15(4), 2316-2331.
- Mi, Y., Guo, N., Bai, R., He, Y., Wang, C., Qu, P., . . . Ma, Z. (2021). Evaluation of factors that predict the success rate of trial of labor after the cesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-9.
- Mohammadi, A., Pishgar, E., Salari, Z., & Kiani, B. (2022). Geospatial analysis of cesarean section in Iran (2016-2020): exploring clustered patterns and measuring spatial interactions of available health services. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 582.

- Mutlu Çubuk, M. (2014). *Kadınların doğum tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 358970).
- Mutlu, S., & Yurtçu, E. (2020). Karabük ilindeki; gebelerin, gebe yakınlarının, sosyal çevrelerinin ve sosyo-ekonomik şartlarının doğum şekline etkileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2), 296-300.
- Nilsson, C., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H. D., Lundin, C. S., . . . Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-15.
- O'Donovan, C., & O'Donovan, J. (2018). Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth*, 45(2), 109-119.
- Opiyo, N., Betran, A. P., Young, C., Requejo, J. H., Erdman, J., & Bales, S. (2020). Reducing unnecessary caesarean sections: scoping review of financial and regulatory interventions. *Reproductive Health*, 17(1), 1-18.
- Öcal, Z., Kaya, M. S., & Bayıroğlu, F. (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Health Research*, 3(1), 1-19.
- Öner, S., & Koçuş, F. (2016). Mersin'de 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkili faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 15(5), 401-407.
- Öz, İ. Ş. (2019). Epidural doğum ve normal doğumda müdahale oranları ve müdahaleye bağlı gelişen komplikasyonların karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 23-28.
- Öz, İ. Ş., Çakır, A. T., Ün, B., & Bacanakgil, B. H. (2019). Epidural analjezi ile normal doğum yapanlarda memnuniyet değerlendirmesi. *Balıkesir Medical Journal*, 3(3), 157-164.
- Özceylan, G., & Toprak, D. (2020). Gebe okullarının doğum şekilleri üzerine etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 145-149.
- Özer, S., & Erbay, P. (2017). Manisa'da kent ve gecekondu bölgelerinde kadınların doğum tercihleri ve etkili faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(1), 9-19.
- Özkan, S., Sakal, F. N., Avcı, E., Civil, E. F., & Tunca, M. Z. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turk J Public Health*, 11(2), 59-71.
- Panda, S., Begley, C., & Daly, D. (2018). Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metanalysis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS ONE*, 13(7), 200941.
- Rebelo, F., Macedo da Rocha, C. M., Cortes, T. R., Dutra, C. L., & Kac, G. (2010). High cesarean prevalence in a national population- based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(7), 903-908.
- Rondung, E., Thomten, J., & Sundin, Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91.
- Rydahl, E., Juhl, M., & Eriksen, L. (2019). Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(2), 170-208.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> sayfasından erişilmiştir.

- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık Göstergeleri*. https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistik Yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> sayfasından erişilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık İstatistik Yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> sayfasından erişilmiştir.
- Sak, S. (2019). *Gebe bilgilendirme sınıfları eğitimlerinin doğum korkusu ve doğum yöntemi seçimine olan etkisinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 592754).
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., . . . Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357.
- Sayiner, F., & Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148.
- Sayiner, F., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17(3), 104-112.
- Schlinzig, T. (2009). Epigenetic modulation at birth-altered DNA-methylation in white blood cells after caesarean section. *Acta Paediatrica*, 98(7), 1096-1099.
- Singh, P., Hashmi, G., & Swain, P. K. (2018). High prevalence of cesarean section births in private sector health facilities-analysis of district level household survey-4 (DLHS-4) of India. *BMC Public Health*, 18(1), 613.
- Smith, V., Gallagher, L., Carroll, M., Hannon, K., & Begley, C. (2019). Antenatal and intrapartum interventions for reducing caesarean section, promoting vaginal birth, and reducing fear of childbirth: An overview of systematic reviews. *Plos One*, 1-17.
- Sönmez, C. I., & Sivashoğlu, A. A. (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 369-376.
- Söylemez, S. (2019). *Sağlık inanç modeli ile kadınların doğum şekli tercihi etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 588308).
- Spurrett, B., & Cook, C. M. (1997). Why we choose cesarean section: a prospective study. *The Australian & Zealand Journal of Obstetrics & Gynecology*, 37(3), 297-300.
- Şahin Büyük, D., & Çetinkaya, A. (2022). Women's delivery mode preferences and influencing factors. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 134-145.
- Şahin, M., & Erbil, N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 120-130.
- Şekil2.1. Erişim:<https://www.google.com/imgres>
- Şekil2.2.Erişim:<https://aliosmankoyuncuoglu.com/2018/02/13/leopold-manevralari-nedir/>
- Şekil2.3.Erişim:<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.biz.tr%2F50917891-Dogumun-evreleri>

- Şentürk Erenel, A., & Çiçek, S. (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 123-129.
- Şentürk Erenel, A., & Pelit Aksu, S. (2017). Sezaryen sonrası vajinal doğum : neden ve hangi koşullarda ? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 235-242.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı* . <https://www.saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020.html> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi*. <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> sayfasından erişilmiştir.
- Tamrakar, R., Sapkota, S., Sitaula, D., Thapa, R., Pokharel, B., Acharya, S., & Parajuli, A. (2021). Cesarean section among all deliveries in tertiary care centre of nepal: a descriptive cross-sectional study. *Journal of Nepal Medical Association*, 59(241), 839-843.
- Taşçı Duran, E., & Ünsal Atan, Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Taşkın, L. (2011). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık s.764.
- Temizkan, E., & Mete, S. (2020). Primipar gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelik'te Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(2), 112-119.
- Tetik Metin , H., Güzel, A., Akyiğit, E., & Yiğit, F. (2020). Hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihlerinin incelenmesi; bitlis örneği. *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 87-100.
- Tok Yanık, N., & Ertem, G. (2020). Epizyotomi sonrası perineal ağrının tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin sistematik açıdan incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 195-208.
- Torloni, M. R., Betran, A. P., Montilla, P., Scolaro, E., Seuc, A., Mazzoni, A., . . . Merialdi, M. (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 78.
- Turan, A., & Yılmaz, T. (2019). Doğumun ikinci evresinin süresi, uzaması ve yönetimi. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 102-119.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf sayfasından alınmıştır.
- Türkler, C. (2019). Günaşımı olan nullipar gebelerde prostaglandin E2'nin doğum indüksiyonu üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 9(1), 71-75.
- Uçar, T., & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54-58.
- Uzun, B., & Dağ, E. N. (2019). Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebenin rolü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 87-90.

- Üst, Z. (2012). *Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 306282).
- Vatansever, Z., & Okumuş, H. (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(2), 82-87.
- Verma, G. L., Verma, J. J., Wilkinson, M. D., Hofmeyr, G. J., Vannevel, V., & O'Mahony, F. (2021). Instruments for assisted vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), 1-152.
- World Health Organization. (2015). *Department of reproductive health research*. Sezaryen doğum hızları ile ilgili DSÖ açıklaması: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Yakut, E. Y. (2015). *Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 419871).
- Yalçınsoy, H. (2019). *Gebelerin doğum ilişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemleri*. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 561191).
- Yaşar, Ö. (2006). *Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 193073).
- Yaşar, Ö., Kır Şahin, F., Coşar, E., Nadirgil Köken, G., & Cevrioğlu, A. S. (2007). Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17, 414-420.
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2014). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Detay Yayıncılık, s.448
- Yıldız Karaahmet, A., & Yazıcı, S. (2017). Epizyotomide güncel durum. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 57-63.
- Yılmaz Güleş, G. (2019). *Özel bir hastanede doğum yapan primipar kadınların doğumu algılama ve doğum yöntemi tercihleri*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 576134).
- Yuen, J., Painter, L., Abraham, L., Melian, M., & Denno, D. M. (2014). A comparison of trends in cesarean delivery in Paraguay between 1995 and 2008. *Int J Gynaecol Obstet*, 126(3), 265-271.
- Yüksel, D., Yüce, T., Kalafat, E., Şahin Aker, S., & Koç, A. (2016). The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. *Turk J Obstet Gynecol*, 13(3), 127-131.

10-Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a)Okuryazar değil
- b)Okuryazar
- c)İlköğretim mezunu
- d)Ortaokul mezunu
- e)Lise mezunu
- f)Önlisans mezunu
- g)Lisans mezunu
- h)Diğer.....

11- Eşinizin mesleği nedir?

- a)Çalışmıyor
- b)Memur(....)
- c)İşçi(.....)

12- Aile tipiniz nedir?

- a)Çekirdek aile
- b)Geniş aile

13- Yaşadığınız yer ?

- a)Köy-Kasaba
- b)İlçe
- c)İl
- d)Yurtdışı

14) Eşinizle akrabalık durumunuz var mı?

- a) Evet
- b)Hayır

GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNİ İÇEREN ANKET FORMU
--

1) Kaçınıcı gebeliğiniz?

- a)1
- b)2
- c) 3 ve üzeri

2) Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....

3) Gebeliği isteme durumu?

- a)Anne istiyor
- b)Baba istiyor
- c)Anne-Baba istiyor
- d)Plansız

4) Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- a)Kız b)Erkek

5) Daha önce çoğul gebelik öykünüz var mı?

- a)Evet(.....) b)Hayır

6) Son gebeliğiniz çoğul gebelik mi?

- a)Evet b)Hayır

7) Düşük yaptınız mı?

- a)Evet(Kaç kez?.....) b)Hayır

8) Kürtaj oldunuz mu?

- a)Evet(Kaç kez?.....) b)Hayır

9) Bu gebeliğinizde tedavi öykünüz var mı?

- a)Evet(.....) b)Hayır

10) Bu gebeliğinizde doğum yöntemleri konusunda bilgi/eğitim aldınız mı?

- a)Evet b)Hayır

11) Doğum yöntemleri konusunda nerelerden bilgi/eğitim aldınız?

- a)Ebe-Hemşire b)Aile-çevre
c)Dergi-Tv-Medya d)Doğuma hazırlık sınıfları

12) Doğum yöntemleri konusunda aldığınız bilgi/eğitim yeterli oldu mu?

- a)Evet b)Hayır

13) Bu gebeliğiniz boyunca takiplerinize düzenli gittiniz mi?

- a)Evet b)Hayır(Neden?....)

14) Bu gebeliğinizde kaç kez takibe gittiniz?

- a)1-3 b)3-5 c)5 ve daha fazlası

15) Bu gebeliğinizde takiplerinizi nerede yaptırdınız?

- a)Sağlık Ocağı b)Devlet hastanesi c)Özel hastane

16) Bu gebeliğinizde takiplerinizi kim yaptı?

- a)Ebe b)Doktor

17) Bu gebeliğinizde sorun yaşadınız mı?

- a)Evet b)Hayır

18) Yaşadığınız sorun nedir?

- a)Diyabet b)Hipertansiyon c)Preeklampsi d)Diğer(...)

19) Bu gebeliğinizde folik asit desteği aldınız mı?

- a) Evet b)Hayır

***DAHA ÖNCE DOĞUM YAPTIYSANIZ AŞAĞIDAKİ SORULARI CEVAPLAYINIZ**

- 20) Son doğum şekliniz nedir?
a)Vajinal b)Sezaryen
- 21) Son doğumunuzu nerede yaptınız?
a)Ev b)Devlet hastanesi c)Özel hastane
- 22) Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında doğum yaptınız?
a)28-31 b)32-35 c)36-39 d)40-42
- 23) Doğum saatiniz nedir?
a)08.01-17.30 b)17.31-00.00 c)00.01-08.00
- 24) Son doğumunuz kaç saat sürdü?(.....)
- 25) Son doğumunuz haftaiçi mi haftasonu mu oldu?
a)Haftaiçi b)Haftasonu
- 26) Yaptığınız doğum şekline yönelik sorun yaşadınız mı ?
a)Evet(.....) b)Hayır
- 27) Vajinal doğum yaptıysanız sorun yaşadınız mı?
a)Evet (Nasıl?.....) b)Hayır
- 28) Vajinal doğum yaptıysanız epizyo(kesi), vakum, forseps kullanıldı mı?
a)Epizyo b)Vakum c)Forseps d)Hiçbiri
- 29) Vajinal doğum sonrası kanama yaşadınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 30) Sezaryen ile doğum yaptıysanız sorun yaşadınız mı?
a)Evet (Nasıl?....) b)Hayır
- 31) Sezaryen sonrası vajinal doğum öykünüz var mı?
a)Evet b)Hayır
- 32) Normal doğumu önerir misiniz?
a)Evet b)Hayır
- 33) Sezaryen ile doğumu önerir misiniz?
a)Evet b)Hayır
- 34) Bu gebeliğiniz ile son yaptığınız doğum arasında ne kadar zaman var?
a)1 yıl b)2 yıl c)3 yıl d)4 ve üzeri
- 35) Doğum şekli tercihinizi kimler/neler etkiledi?
a)Sağlık personeli b)Eş veya akrabalar c)Medya d)Kendisi

36) Sizce doğum şeklinize kimler karar vermelidir?

- a) Kendisi ve eşi b) Aile ve akrabalar c) Sağlık personeli

37) Bu gebeliğinizde tercih ettiğiniz doğum şekli nedir?

- a) Vajinal doğum b) Sezaryen

38) Bu gebeliğinizde vajinal doğumu tercih etme nedeniniz?

- a) Kolay ve rahat
b) Çabuk iyileşme
c) Aile baskısı
d) Hastaneden eve çabuk dönmek
e) Anestezi yada ameliyat korkusu
f) Doğal ve spontan olmasını istemesi
g) Bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması
h) Ekonomik sebepler
ı) Normal doğumun en iyi olduğu nu düşünme
i) Kültürel nedenler

39) Bu gebeliğinizde sezaryen ile doğumu tercih etme nedeniniz?

- a) Doğum korkusu
b) Kolay ve rahat
c) Acısız/ağrısız
d) Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu
e) Bebeği riske atmama düşüncesi
f) Doğum zamanını belirleme şansı
g) Doğum sonrası idrar tutamama kaygısı
h) Cinselliği koruma kaygısı
ı) Rahim sarkması korkusu
i) Tüplerini bağlatma isteği
j) İleri yaş
k) Tedavi ile gebelik öyküsü

40) Bu gebeliğinizde doğumunuzu yapmak istediğiniz yer neresidir?

- a) Devlet hastanesi b) Özel hastane

41) Devlet hastanesini tercih etme nedeniniz nedir?

- a) Ekonomik nedenler b) Konfor c) Doktor

42) Özel hastaneyi tercih etme nedeniniz nedir?

- a)Konfor b)Doktor
- 43) Doğumunuzu yaptırmasını istediğiniz kişi/kişiler kimlerdir?
a)Doktor b)Ebe/Hemşire c)Doktor/Ebe/Hemşire
- 44) Aile planlaması yöntemleri hakkında bilginiz var mı?
a)Evet b)Hayır
- 45) Aile planlaması yöntemlerinden hangisini/hangilerini kullandınız?
a)Kondom b)Hormonal yöntemler(hap) c)Doğal yöntemler
- 46) Sistemik hastalığınız var mı?
a)Hipertansiyon b)Kalp hastalığı c)Diğer(....) d)Hayır
- 47) Madde bağımlılığınız var mı?
a)Sigara b)Alkol c)Diğer(.....) d)Hayır
- 48) CYBE(cinsel yolla bulaşan enfeksiyon) öykünüz var mı?
a)Klamidya b)Gonore) c)Diğer(.....) d)Hayır
- 49) Jinekolojik operasyon geçirdiniz mi?
a)Histerektomi b)Myomektomi c)Diğer(....) d)Hayır
- 50) Prematür doğum öykünüz var mı?
a)Evet b)Hayır
- 51) Postmatür doğum öykünüz var mı?
a)Evet b)Hayır
- 52) Eşiniz ile aranızda kan uyuşmazlığı var mı?
a)Evet b)Hayır

Yaşayan çocuğunuz var ise aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

- 53) Yaşayan çocuk sayınız nedir?(.....)
- 54) En küçük çocuğunuz kaç yaşında?(.....)
- 55) En küçük çocuğunuzun doğum ağırlığı nedir?
a)1500 gr-2500gr b)2501gr-3501gr c)3502-4502
- 56) Bebeğinizde anomali var mı?
a)Evet b)Hayır

EK-6. ÖLÇEK FORMU

MELBOURNE KARAR VERME ÖLÇEĞİ I-II

BÖLÜM I

Yönerge: Kişiler, karar verme aşamasında kendilerini ne derece rahat hissettikleriyle ilgili olarak farklılık gösterirler. Lütfen karar verme konusunda kendinizi ne derece rahat hissettiğinizi sizin için en uygun olan yanıtı işaretleyerek belirtiniz. Yardımlarınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

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

BÖLÜM II

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

Karar verirken,

		Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
(1)	Karar verirken kendimi, sanki büyük bir zaman baskısı altındaymışım gibi hissederim.	☐	☐	☐
(2)	Bütün alternatifleri göz önünde tutmayı severim.	☐	☐	☐
(3)	Kararları diğer kişilere bırakmayı tercih ederim.	☐	☐	☐
(4)	Bütün alternatiflerin dezavantajlarını ortaya çıkarmaya çalışırım.	☐	☐	☐

(5)	Son kararı vermeden önce, önemsiz konular üzerinde çok zaman harcarım.	[]	[]	[]
(6)	Kararı en iyi şekilde nasıl uygulayabileceğimi enine boyuna düşünürüm.	[]	[]	[]
(7)	Bir kararı verdikten sonra bile kararı uygulamayı geciktiririm.	[]	[]	[]
(8)	Karar verirken, karar hakkında pek çok bilgi toplamaktan hoşlanırım.	[]	[]	[]
(9)	Karar vermekten kaçınırım.	[]	[]	[]
(10)	Karar vermek zorunda olduğum zaman, karar üzerinde düşünmeye başlamadan önce uzun süre beklerim.	[]	[]	[]
(11)	Karar verme konusunda sorumluluk üstlenmeyi sevmem	[]	[]	[]
(12)	Karar vermeden önce amaçlarımı netleştirmeye çalışırım.	[]	[]	[]
(13)	Önemsiz, küçük olayların yolunda gitmeyebileceği olasılığı, benim aniden tercihlerimden dönüş yapmama neden olur.	[]	[]	[]
(14)	Bir karar benim tarafımdan veya başka biri tarafından verilecekse, ben karar vermeyi diğer kişiye bırakırım.	[]	[]	[]
(15)	Ne zaman zor bir kararla karşı karşıya gelsem, iyi bir çözüm yolu bulma konusunda kendimi kötümser hissederim.	[]	[]	[]
(16)	Seçim yapmadan önce çok fazla dikkatli davranırım.	[]	[]	[]
(17)	Zorunda kalmadıkça karar vermem.	[]	[]	[]
(18)	Son ana kadar karar vermeyi geciktiririm.	[]	[]	[]
(19)	Çok daha bilgili kişilerin benim yerime karar vermelerini tercih ederim.	[]	[]	[]
(20)	Karar verdikten sonra, kararın doğru olduğuna kendimi inandırmak için çok zaman harcarım.	[]	[]	[]
(21)	Karar vermeyi ertelerim.	[]	[]	[]
(22)	Acilen karar vermem gereken bir durumda doğru düşünemem.	[]	[]	[]

MKVÖ-I (karar vermede öz-saygıyı ölçüyor): Toplam 6 madde. 1., 3., 5. maddeler ölçeğin üzerinde olduğu gibi; 2., 4., ve 6. maddeler **tersi** puanlanacak.

Doğru: 2 puan

Bazen doğru: 1 puan

Doğru değil: 0 puan

MKVÖ-II Alt Boyutları (karar verme stilleri):

Dikkatli: 2, 4, 6, 8, 12, 16. maddeler

Kaçıngan: 3, 9, 11, 14, 17, 19. maddeler

Erteleyici: 5, 7, 10, 18, 21. maddeler

Panik: 1, 13, 15, 20, 22. maddeler

Doğru: 2 puan

Bazen doğru: 1 puan

Doğru değil: 0 puan

Not: *MKVÖ-II’de tersi puanlama yoktur.*

Makalenin yayınlandığı kaynak: Deniz, M. E. (2004).Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Öz Saygı Karar Verme Stilleri ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 4 (15), 23-35.

Dikkatli (vigilance)

Kaçıngan (buckpassing)

Erteleyici (procrastination)

Panik (hypervigilance)

EK-7. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli katılımcı,

Kırklareli Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik bölümü yüksek lisans programı öğrencisiyim. Kırklareli Üniversitesi'nde görev yapan Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ ile birlikte yüksek lisans tezim için çalışma yapmaktayız. **Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerine başvuran gebelerin doğum şekli tercihleri ve bunları etkileyen faktörler** isimli tanımlayıcı türde bir araştırma yapmak amacıyla bilgi toplamaktayız. Çalışmanın 2022 yılı Ağustos ayında bitmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmada kullanılan ölçek 28 madde, kullanılan anket ise 70 sorudan oluşmaktadır. Gebe sosyo-demografik özellikleri içeren tanıtıcı bilgi formu 14 soru, obstetrik öykü formu (gebeliğiniz ile ilgili sorular içeren form) 56 sorudan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak olup, istediğiniz sorudan başlayabilirsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı red edebilir veya istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum sizin için her hangi bir maddi kayba neden olmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdir de sizden maddi bir talepte bulunulmayacaktır. Kişisel bilgileriniz çalışma etik kurallar çerçevesince gizli tutulacaktır.

Bu çalışma sonuçlarının Kırklareli merkez ve ilçelerinde bulunan gebelerimizin gebelik sürecindeki eğitimlerine katkısı olacağını ve yeni sağlık stratejilerinin geliştirilmesine ışık tutacağını düşünmekteyiz. Bilime olan katkınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

(Bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Hale Berika MAHİROĞLU tarafından Kırklareli merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin 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 da tutulabilirim.

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

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek 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).

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.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi

**Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının
Adı-soyadı/ Tarih**