

T.C.

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**NULLİPAR GEBELERİN DOĞUM SAĞLIK İNANÇLARI VE
DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ**

HAZIRLAYAN

Arş. Gör. Dr. Şükran BAŞ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Gamze DUR

2025-AFYONKARAHİSAR

T.C.

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**NULLİPAR GEBELERİN DOĞUM SAĞLIK İNANCI VE
DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ**

Arş. Gör. Dr. Şükran BAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr.Üyesi Gamze DUR

2025-AFYONKARAHİSAR

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Başlığı: NULLİPAR GEBELERİN DOĞUM SAĞLIK İNANCI VE
DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ**

Tez Hazırlayan: Arş. Gör. Dr. Şükran BAŞ

Tez Kabul Tarihi: 09.05.2025

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gamze DUR

**İş bu çalışma jürimiz tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI'NDA TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.**

Başkan

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ayşen MERT

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gamze Dur

ONAY

DEKAN

Prof. Dr. Necip BECİT

TEŞEKKÜR

Öncelikle bölüm başkanımız Prof. Dr. Nazlı Şensoy'a; tezimin her aşamasında yanımda olup desteğini esirgemeyen bilgi ve tecrübeleriyle bana her koşulda yol gösteren kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gamze Dur'a ve tecrübelerinden çokça yararlandığımız bölüm hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Mert'e;

Bu süreçte bana sabır ve sevgisiyle güç veren canım eşim Dr. Ömer Baş'a ve benimle birlikte fedakarlık yapıp bana ilham kaynağı olan biricik oğlum Yusuf Eren'e;

Her zaman duaları ve emekleriyle yanımda olan canım annem Münevver As ve babam Fevzi As'a;

Tez çalışmam süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kıymetli hocam Opr. Dr. Rıza Dur'a; bilgi birikimi, aynı zamanda motivasyonu ile yanımda olan biyoistatistik hocam Gülcan Gencer'e;

Çalıştığım bölümde her koşulda desteklerini hissettiğim kendilerini tanıdığım için daima şanslı hissedeceğim çok değerli arkadaşlarımdan Dr. Elif Kızılkuyu ve Dr. Merve Gölge'ye;

Bu tez için gerçekleştirdiğim anket çalışmasına katılarak bana destek olan tüm gebe katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte yanımda olan herkese bir kez daha teşekkür eder, tüm katkılarınızın bu çalışmayı daha değerli kıldığını belirtmek isterim.

Dr. Şükran Baş

Afyonkarahisar, Nisan 2025

NULLİPAR GEBELERİN DOĞUM SAĞLIK İNANÇLARI VE DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİ

Arş. Gör. Dr. Şükran BAŞ
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi
Nisan 2025

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gamze DUR
ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, nullipar gebelerin doğum sürecine ilişkin sağlık inançlarını ortaya koymak ve bu inançların doğum şekli tercihleri üzerindeki etkisini incelemektir. Bu sayede, sağlık profesyonellerinin ve politika yapıcıların, gebelerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine daha uygun destek ve bilgilendirme sağlamalarına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışma 15.10.2024-15.01.2025 tarihlerinde Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 384 nullipar gebenin katılımıyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri; katılımcıların sosyodemografik ve psikososyal özellikleri ile Sezaryen Niyet Ölçeği ve Doğum Sağlık İnancı Ölçeği'ni içeren anket formunun yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulması yoluyla toplandı. İstatistiksel analiz için SPSS 26 paket programı kullanıldı ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %67,7'si ($n=260$) normal doğumu tercih etmiştir. %28,12'si ($n=108$) sezaryen, %4,2'si ($n=16$) ise kararsız olduklarını belirtmiştir. Gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSIÖ alt boyut puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Tercih edilen doğum şekilleri ile DSIÖ tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). DSIÖ bazı alt boyutları ile SNÖ arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı alt boyutu ve Yarar Algısı alt boyutunun SNÖ toplam puanı ile arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-,528$, $r=-377$; $p<0,05$). Duyarlılık Algısı alt boyutu ve Engel Algısı alt boyutu ile SNÖ toplam puanı arasında ise pozitif yönlü ve anlamlı ilişki gözlenmiştir (sırasıyla $r=538$, $r=,483$; $p<0,05$). Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyutu ile SNÖ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $r=-0,066$; $p>0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak, gebelerin doğum şekli tercihlerinde sağlık inançlarının etkili olduğu belirlenmiştir; Özyeterlilik, Motivasyon, Yarar Algısı ve Önemseme/Ciddiyet Algısı yüksek olan gebeler normal doğumu tercih ederken, Engel ve Duyarlılık Algısı yüksek olan gebelerin sezaryen doğumu tercih ettikleri görülmüştür. Bu doğrultuda, doğuma yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde sağlık inançlarını olumlu yönde değiştirecek müdahalelere ağırlık verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sağlık İnancı, Doğum Şekli Tercihi, Sezaryen Niyeti

BIRTH HEALTH BELIEFS AND MODE OF DELIVERY PREFERENCES OF NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN

Res. Asst. Dr. Şükran BAŞ
Afyonkarahisar University of Health Sciences
Faculty of Medicine Department of Family Medicine Thesis
April 2025
Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Gamze DUR
ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal nulliparous pregnant women's health beliefs regarding the birth process and to examine how these beliefs affect their preferences for the mode of delivery. By doing so, it is intended to contribute to health professionals and policy makers by providing support and information that better align with pregnant women's needs and preferences.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted between October 15, 2024, and January 15, 2025, in the Obstetrics and Gynecology Clinic of Afyonkarahisar Health Sciences University Medical Faculty. A total of 384 nulliparous pregnant women participated in the study. Data were collected through a face-to-face questionnaire, which included socio-demographic and psychosocial characteristics of the participants as well as the Cesarean Intention Scale (CIS) and the Birth Health Belief Scale (BHBS). The SPSS 26 software package was used for statistical analysis, and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Of the participants, 67.7% ($n=260$) preferred normal (vaginal) birth, 28.12% ($n=108$) preferred cesarean, and 4.2% ($n=16$) were undecided. The mean subscale scores of the BHBS were examined according to the participants' preferred mode of delivery. A statistically significant difference was found between the preferred modes of delivery and all BHBS subscales ($p < 0.05$). There were also statistically significant relationships between the BHBS subscales and the CIS ($p < 0.05$). A negative correlation was found between the Self-Efficacy and Motivation Perception subscale and the total score of the CIS ($r = -0.487$; $p < 0.05$). There was a negative and significant correlation between the Perceived Benefit subscale and the CIS total score ($r = -0.377$; $p < 0.05$). Positive correlations were observed between the Sensitivity Perception and Barrier Perception subscales and the CIS total score ($r = 0.543$ and $r = 0.494$, respectively; $p < 0.05$). No statistically significant relationship was found between the Importance/Seriousness Perception subscale and the total Cesarean score ($r = -0.078$; $p > 0.05$).

Conclusion: In conclusion, it was determined that pregnant women's health beliefs play an influential role in their preferred mode of delivery. Pregnant women with higher Self-Efficacy, Motivation, Perceived Benefit, and Importance/Seriousness Perception tend to prefer normal delivery, whereas those with higher Barrier and Sensitivity Perceptions tend to prefer cesarean. Accordingly, it is recommended that interventions aiming to positively modify health beliefs be prioritized in birth-related education and counseling services.

Keywords: Birth Health Belief, Mode of Delivery Preference, Cesarean Intention

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI.....	i
KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum Eylemi	4
2.1.1. Vajinal Doğum	6
2.1.1.1. Vajinal Doğumun Fetal ve Maternal Etkileri	6
2.1.1.2. Vajinal Doğumun Olası Komplikasyonları	7
2.1.2. Müdahaleli Vajinal Doğum	7
2.1.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum	8
2.2. Sezaryen Doğum	10
2.2.1. Sezaryen Tanımı ve Tarihsel Süreci	10
2.2.2. Dünyada ve Türkiyede Sezaryen Sıklığı	11

2.2.3. Sezaryen Sıklığı Artış Nedenleri ve Robson Sınıflaması	13
2.2.4. Sezaryen Doğum Endikasyonları	15
2.2.5. Sezaryen Doğumun Maternal ve Fetal Etkileri	16
2.3. Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler	17
2.4. Sağlık İnanç Modeli	19
2.5. Sağlık İnanç Modelinin Doğum Şekli Tercihinde Kullanımı	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.2. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	26
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	27
3.6. Kullanılan Ölçme, Test Etme ya da Veri Toplama Yöntemi	27
3.7. Verilerin İstatiksel Analizleri	29
3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları	29
4. BULGULAR	30
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	30
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	30
4.1.2. Katılımcıların Obstetrik ve Psikososyal Özellikleri	32
4.2. Katılımcıların Tercih Ettikleri Doğum Şekli Dağılımı	35
4.2.1. Normal Doğum Tercih Nedenleri	36

4.2.2. Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri	37
4.3. SNÖ Toplam Puan Ortalaması ile DSİÖ Alt Boyut Puan Ortalaması Dağılımı.	37
4.4. Demografik Değişkenlere Göre SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması ...	38
4.5.Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	40
4.6. Doğum Şekli Tercihinin SNÖ Toplam Puanıyla Değerlendirilmesi	42
4.7. DSİÖ Alt Boyutlarının Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması	42
4.8. DSİÖ Alt Boyutlarının Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile Karşılaştırılması	47
4.9. Doğum Şekli Tercihinin DSİÖ Alt Boyutları ile Değerlendirilmesi	52
4.10. DSİÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki	53
4.11. SNÖ ve DSİÖ Arasındaki İlişki	54
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇLAR	77
7. ÖNERİLER	80
8. KAYNAKLAR	81

EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

KISALTMALAR

(BHBS) Birth Healthy Beliefs Scale

(CIS) Caesarean Intention Scale

(CPD) Sefalopelvik uygunsuzluk

(UCP-2) Uncoupling protein-2

(ACOG) Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji

(SSVD) Sezaryen sonrası vajinal doğum

(FIGO) Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu

(OECD) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

(TJOD) Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

(HIV) Human Immunodeficiency Virus

(HSV-2) Genital Herpes Simpleks Virus

(DSÖ) Dünya Sağlık Örgütü

(SİM) Sağlık İnanç Modeli

(AB) Avrupa Birliği

(NST) Non Stress Test

(HPV) Human Papilloma Virus

(SNÖ) Sezaryen Niyet Ölçeği

(DSİÖ) Doğum Sağlık İnancı Ölçeği

(TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Obstetrik ve Psikososyal Özellikleri

Tablo 3. SNÖ Toplam Puan Ortalaması ve DSİÖ Alt Boyut Puan Ortalaması Dağılımı

Tablo 4. SNÖ Toplam Puanının Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 5. SNÖ Toplam Puanının Obstetrik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 6. Doğum Şekli Tercihinin SNÖ Toplam Puanıyla Değerlendirilmesi

Tablo 7. DSİÖ Alt Boyutlarının Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması

Tablo 8. DSİÖ Alt Boyutlarının Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile Karşılaştırılması

Tablo 9. DSİÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Doğum Şekli Tercihi ile Karşılaştırılması

Tablo 10. Sezaryen Toplam Puan ile Doğum Sağlık İnanç Ölçeği Faktörleri Arasındaki İlişkiler

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması

Şekil 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Sezaryen ve Primer Sezaryen Ameliyatlarının Hastane Doğumları İçindeki Oranı

Şekil 3. Bilgi Kaynakları Dağılımı

Şekil 4. Gebelik Boyunca Yaşanan Sağlık Sorunları Dağılımı

Şekil 5. Katılımcıların Doğum Şekli Tercihleri Dağılımı

Şekil 6. Normal Doğum Tercih Nedenleri

Şekil 7. Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, insan neslinin devamı, aile bütünlüğünün korunması ve kültürel öğelerin aktarımında yaşam döngüsünde önemli bir yere sahiptir. Döllenme ile başlayıp doğumla sonuçlanan bu doğal evre, anne adayında yoğun strese neden olan ve aynı zamanda biyolojik, bedensel ve psikososyal açıdan çeşitli dönüşümlerin gözlemlendiği bir dönemdir (1). Gebelik sırasında ortaya çıkan ruhsal ve sosyal sorunlara, doğumun fizyolojik aşamasına ilişkin kaygılar da eklenebilir. Özellikle üçüncü trimesterdeki doğum eylemine dair korkular ve bebeğin sağlığı konusundaki endişeler, annenin doğum yöntemi tercihinde belirleyici olabilmektedir. Kadınların doğum tercihlerine dair planlarının bu dönemde şekillenmesi nedeniyle, söz konusu tercihleri etkileyen faktörleri bilmek önemlidir. Araştırmalarda bu faktörler arasında tıbbî endikasyonların yanı sıra; doğum korkusu, doğum öz yeterliliği, medya, sosyal çevre, önceki deneyimler, kültürel öğeler, psikolojik unsurlar ile sağlık personelinin doğum şekline yönelik tutum ve yönlendirmeleri yer almaktadır (2–5).

Doğumun normal (vajinal) ya da sezaryen ile gerçekleşmesi, anne ve çocuk sağlığı açısından büyük önem taşır. Normal (vajinal) doğum, binlerce yıldır tercih edilen doğal bir yöntem olup kadının fizyolojik yapısına en uygun seçenek olarak görülmektedir. Kadının bedeni genellikle vajinal doğuma uygun olsa da bazı istisnai durumlarda sezaryen tercih edilebilir. Riskli doğum durumlarında anne ve bebeğin sağlığını korumak amacıyla uygulanan sezaryen; distosi, malpozisyon, malprezantasyon, fetal distres, sık rastlanan baş-pelvis uyumsuzluğu ve mükerrer sezaryen öyküsü gibi hallerde uygulanabilir. Görüntüleme imkânlarının artması, ileri gebelik yaşı, azalan doğum sayısı, tıbbi komplikasyonlar ve malpraktisle bağlantılı hukuki sorunların çoğalmasıyla birlikte, sosyoekonomik ve demografik etkenlerin de katkısıyla sezaryen doğum oranları sürekli yükseliş göstermiştir. Bu artışın bir diğer önemli nedeni ise “anne istemi” olarak öne çıkmaktadır. Anne adayları, doğum zamanının hekimlerce ayarlanabilmesi nedeniyle sezaryeni daha öngörülebilir ve güvenli bir seçenek olarak algılayabilmektedir. Yapılan araştırmalar, zor bir vajinal doğuma kıyasla sezaryende anne ve bebeğin daha az risk altına girdiğini düşünen kadın doğum uzmanlarının da bu doğum şeklini tercih ettiklerini ortaya koymaktadır (3). Ancak cerrahi işlemlerin pek çoğunda gözlenen emboli, venöz tromboz, üriner ya da solunum yolu enfeksiyonları ve anestezi kaynaklı komplikasyonlar sezaryen

sonrasında da ortaya çıkabilir. Bu risklerin yanı sıra anne ölüm oranlarının artması, anne-bebek etkileşiminin gecikmesi ve postpartum dönemdeki olumsuzlukların çoğalmasına rağmen, ülkemizde sezaryen oranlarının giderek yükseldiği görülmektedir (6,7).

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sezaryen oranlarının, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) önerdiği %10-15 düzeyini aştığı görülmektedir (4). Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na (2023) göre, Türkiye’de canlı doğumlar arasında sezaryen oranı %61,5’e, primer sezaryen oranı ise %32,4’e yükselmiştir (8). DSÖ, tıbben gerekli durumlarda sezaryenin mortalite ve morbiditeyi azaltmada etkili olduğunu, ancak gereksiz uygulamalarda anne ve bebek için yararını kanıtlayan herhangi bir bulgu olmadığını vurgulamaktadır. Ülkemizde sezaryen oranlarının neden yükseldiğini anlamak ve doğru müdahale yöntemlerini belirlemek için gebelerin doğum şekli tercihine etki eden etmenleri ortaya koymak gereklidir (4). Doğum tercihleri üzerine yapılan nitel ve nicel araştırmalar, temel inançların bu tercihlerde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (9).

Sağlık İnançları Modeli (SİM), bireylerin sağlıkla ilgili etmenlerini tanımlamada, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde ve sağlık eğitimlerinin planlanmasında yaygın olarak kullanılan bir modeldir. Bu model bir motivasyon teorisi olarak, bireyleri sağlıkla ilgili eylemlere yönelten veya bu eylemlerden kaçınmalarına neden olan algılarını anlamaya odaklanır; nitekim bireylerin davranışlarını değiştirebilmeleri için algılarında da bir dönüşüm gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Modelde sağlık davranışları üzerinde etkili olan algılar; duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, fayda algısı, engel algısı, sağlık motivasyonu ve özyeterlilik algısı adı altında beş başlıkta toplanmıştır. Duyarlılık algısı, bireyin sağlık durumunda algıladığı tehdit veya riski; ciddiyet algısı, bir hastalığın sonuçlarına göre ciddiyetin birey tarafından nasıl algılandığını; fayda algısı, hastalıklara yakalanmayı azaltmak için algılanan faydayı; engel algısı, önerilen sağlık davranışlarını gerçekleştirmek için algılanan bireysel engelleri ve öz yeterlilik algısı, beklenen sonuçlara ulaşmak için sağlık davranışını gerçekleştirmeye yönelik bireysel inanç, yeterlilik, kararlılık ve özgüveni ifade etmektedir (10,11).

Kadınların doğum eylemine ilişkin algı, tutum, inanç ve davranış kavramlarını bütüncül bir çerçevede değerlendirmek için SİM temelli doğum sağlık inançları ele

alınabilir. Doğum sağlık inancı, kadının doğum eylemine yönelik algı, tutum ve davranış bileşenlerini kapsamaktadır. Literatürde bu bileşenlerin incelendiği çalışmaların sayısı sınırlı olmasına rağmen, elde edilen veriler SİM temelli doğuma hazırlık eğitimlerinin gebelerin öz yeterlilik algısını artırdığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, vajinal doğuma yönelik engel algısının, isteğe bağlı sezaryen oranlarının yükselmesinde etkili bir unsur olduğu; SİM dayalı eğitimin ise gebelerin öz farkındalığını ve yarar algısını güçlendirerek vajinal doğum oranlarının artırılmasında önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, doğum sağlık inancının isteğe bağlı sezaryen doğum oranları üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir (11–13). SİM, sağlıkla ilgili inançlar/faktörler ile anne davranışları arasındaki ilişkiyi belirleyebilmekte ve bir kadının belirli bir doğum şeklini seçme olasılığını öngörmeye yardımcı olabilmektedir (14). Kadın hastalıkları ve doğum alanında sağlık inanç modeli, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme yönünde gerekli davranışları edinmelerine katkıda bulunmak için sıklıkla tercih edilmektedir. Günümüzde ise bu model, kadınların doğum tercihlerinin yanı sıra bu tercihleri etkileyen faktörleri belirlemede de kullanılmaya başlanmıştır (11,15).

Çalışmanın amacı, nullipar gebelerin doğum sürecine ilişkin sağlık inançlarını ortaya koymak ve bu inançların doğum şekli tercihleri üzerindeki etkisini incelemektir. Bu sayede, sağlık profesyonellerinin ve politika yapıcıların, gebelerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine daha uygun destek ve bilgilendirme sağlamalarına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Doğum, yaşamın doğal akışı içinde yer alan fizyolojik bir olgu olup, genellikle aile bireyleri arasında heyecan, mutluluk ve endişe gibi çeşitli duyguların ortaya çıkmasına neden olan bir süreçtir (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1966 yılında doğumu; 37 ile 42. gebelik haftaları arasında kendiliğinden başlayan, başlangıcından sonuna kadar düşük riskle devam eden ve baş gelişi konumundaki fetüsün kendi kendine doğmasının ardından anne ile bebeğin sağlıklı olması olarak tanımlamıştır (17,18).

Term veya preterm fark etmeksizin doğum eylemi, serviksin efasman ve dilatasyon için yeterli sıklığa, yoğunluğa ve süreye sahip uterus kontraksiyonlarının varlığı olarak tanımlanmaktadır. Aktif doğum eylemi sırasında meydana gelen kontraksiyonlar genellikle 2-3 dakikada bir ortaya çıkar, yaklaşık 1 dakika sürer ve ortalama 40 mm Hg şiddetindedir. Bu kasılmalar, serviksin silinmesine sebep olurken aynı zamanda doğum kanalından fetüsün en geniş çapının geçebilmesi için serviksin 10 cm'ye kadar açılmasına da olanak tanır. Servikal dilatasyonun aşaması ve oranı, doğum eyleminin seyrini belirleyici bir faktördür. Doğum eylemi, öngörülebilir 4 evrede incelenmektedir (19).

Doğumun birinci evresi: Latent faz ve aktif faz olmak üzere iki bölüme ayrılır (20).

Latent Faz: Bu fazın süresi kişiden kişiye değişkenlik göstermekle birlikte, genellikle nullipar kadınlarda 20 saatten, multipar kadınlarda ise 14 saatten kısa sürer (21). Latent faz boyunca serviks yalnızca sınırlı oranda açılır; ancak asıl doğum hazırlığı, kollajen ve bağ dokusundaki değişimle ve kıvam dönüşümleriyle gerçekleşir. Serviksin anterior yerleşimiyle beraber silinme de artar. Bu dönemde uygulanan iletim anestezisi, doğum eyleminin ilerlemesini yavaşlatabilir veya durdurabilir. Normal koşullardaki gebeler, latent fazı genellikle evlerinde geçirirler ve gebelere bu dönemde ağır yiyecekler yerine şeffaf sıvılar önerilir. Bu aşamadan sonra hastaneye başvurmaları için önerilen kriterler ise menstrüasyon periyodu benzeri vajinal kanama, su kesesinin açılması, en az 3-4 dakikada bir tekrarlayan ağrılı kasılmaların başlaması ve fetal hareketin azalması olarak sayılabilir. Bazı kadınlarda daha uzun süren latent

faz görülebilir ve bu durum, hastane ortamında morfin tedavisi ile yönetilebilir. Genellikle bu tedavi, aktif faza geçişi hızlandırır (19).

Aktif Faz: Doğum eyleminin birinci evresinde serviksin hızlı bir şekilde açıldığı bu dönem, sedasyon veya iletim anesteziinden etkilenmeden ilerler. Genellikle servikal açıklığın yaklaşık 4-5 cm'ye ulaştığı noktada başlar (19). Nullipar kadınlarda saatlik açılma hızı çoğunlukla en az 1,2 cm, multiparlarda ise 1,5 cm olarak kaydedilir (21). Aktif fazın seyri; uterus kasılmalarının gücü ve sıklığı, fetüs başının büyüklüğü, pozisyonu, duruşu ile kemik pelvisin büyüklüğü ve şekli gibi faktörlere bağlıdır. Pelvik giriş, orta düzlem ve çıkışın farklı çapları nedeniyle fetüs başı, doğum kanalında ilerlemek için çeşitli yönlerde dönüşler yapmak zorunda kalır. Bu süreçte, fetüs başının fleksiyonu ön-arka çapı küçülterek inişi kolaylaştırdığı için kritik öneme sahiptir. Doğum sırasında fetüs başının kardinal hareketleri angajman, iniş, fleksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon, dış rotasyon ve atılma olarak sıralanır (19).

Doğumun ikinci evresi: Doğumun ikinci evresi fetüsün inişine ve son olarak doğmasına yardımcı olmak için uterus kasılmaları esnasındaki maternal itici güçleri içerir. Doğumun ikinci evresi multiparlalar için ortalama 20 dakika ve nulliparlalar için 50 dakika sürmektedir (21). Epidural anestezi olmaksızın 2 saatten ya da nullipar bir kadında epiduralle 3 saatten uzun süren itme süresi, hekimin olası sefalopelvik uygunsuzluk (CPD) açısından değerlendirme yapması gerektiğine işaret eder (19).

Doğumun üçüncü evresi: Bebeğin doğumu ile başlar ve bu aşamada önceden bir resüsitasyon planının hazır olması gerekir. Kasılmalarla birlikte anne tarafından yapılan itme sonucunda, fetal baş vajinal kanalın girişini genişletir; artan basınç ise fetüs başının perineal dokulardan dışarı doğru ilerlemesine izin verir. Epizyotomi kararı ise yalnızca fetal baş bu dokuları yeterince gerdiğinde alınmalıdır (19). Daha sonra plasentanın kendiliğinden ayrılması beklenmelidir. Bu süreçte vajinal kanal ve serviks, yırtıklar açısından gözlemlenmeye başlanabilir; ancak kapsamlı bir inceleme plasenta doğduktan sonra yapılmalıdır. Plasentanın ayrılmasının ardından, eğer epizyotomi uygulanmışsa veya laserasyon oluşmuşsa bunların tamiri gerçekleştirilmelidir (19,21).

Doğumun dördüncü evresi: Bazı kaynaklar, plasentanın doğumunu takip eden ilk saati dördüncü evre olarak değerlendirir. Bu dönemde uterus atonisi riski

zirvededir. Bu nedenle, hasta fazla vajinal kanama, fundusun yumuşayıp büyümesi ve hipotansiyon belirtileri açısından dikkatle izlenmelidir (19).

2.2.1. Vajinal Doğum

Vajinal doğum, son adet tarihinden yaklaşık 40 hafta sonra fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal doğum eylemi, uterusun artık genişleyemediği ve fetüsün dış ortamda yaşamını sürdürecektir olgunluğa eriştiği dönemde başlar. Normal bir doğum eyleminin; gebeliğin miadının dolduğu, kendiliğinden başladığı, tek ve canlı bir fetüsün var olduğu, vertex pozisyonunda gerçekleştiği, baş-pelvis uyumsuzluğunun bulunmadığı ve hem fetüsün hem de annenin sağlıklı olduğu durumlarda gerçekleşmesi beklenir (22, 23)

2.2.1.1. Vajinal Doğumun Fetal ve Maternal Etkileri

Vajinal doğum, tüm memelilerin soylarını sürdürmek için kullandıkları doğal ve fizyolojik bir doğum yöntemidir. Bu özelliği, hem annenin hem de fetüs-yenidoğanın sağlığı açısından önemli avantajlar sunar. Normal doğumun anneye yönelik yararları olarak; doğum sonrası hızlı iyileşme süreci, sezaryene göre daha düşük enfeksiyon riski, doğum sonu dönemde anne-bebek etkileşiminin ve ilk emzirmenin erken başlaması sayılabilir. Ayrıca vajinal doğum, tıbbi ve cerrahi müdahaleye duyulan ihtiyacı azaltması, erken taburculuğa imkân vermesi ve çabuk iyileşmeye katkı sunması sayesinde kişi başı maliyeti düşürerek ülke ekonomisine de olumlu etki yapar.

Vajinal doğumun yenidoğana yönelik yararları arasında; doğum esnasında anne ve bebekte oluşan strese bağlı salınan hormonların anne-bebek bağına güçlendirmesi, yenidoğanın geçici takipnesi riskinin azalması, bebeklik ve çocukluk döneminde alerjik astım gibi solunum sistemi hastalıklarının görülme ihtimalinin düşmesi ve ilk emzirmenin daha erken başlaması sayılabilir. Ayrıca yenidoğanın beyin gelişimi için yararlı olduğu bilinen UCP-2 (uncoupling protein-2) düzeylerinin, vajinal doğumla dünyaya gelen bebeklerde sezaryenle doğanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (24).

2.1.1.2. Vajinal Doğumun Olası Komplikasyonları

Doğum eyleminin herhangi bir aşamasında, süreçteki anormallikler nedeniyle farklı komplikasyonlar görülebilir. Örneğin, ilk aşamada doğumun durması söz konusu olduğunda sezaryen müdahalesi gerekebilir ve bu da anne veya bebek açısından ek riskler içerebilir. İkinci aşamada ise, anne ya da fetus üzerindeki travmaya bağlı çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Bu kapsamda omuz distosisine bağlı komplikasyonlar, obstetrik malpraktis davalarında en sık gündeme gelen konulardandır. Fetal komplikasyonlar arasında en yaygın olanı geçici brakial pleksus yaralanması iken; klavikula ve humerus kırıkları, kalıcı brakial pleksus yaralanması, hipoksik iskemik ensefalopati ve ölüm de görülebilmektedir (25). Benzer şekilde annede de uterus rüptürü, vajinal veya servikal lacerasyonlar, uterus kanaması, amniyotik sıvı embolisi ve ölüm gibi travmatik komplikasyonlar görülebilir. Doğumun üçüncü evresinde postpartum hemoraji, umbilikal kord avülsiyonu, plasenta retansiyonu veya plasentanın inkomplet çıkarılması gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (25, 26).

2.1.2. Müdahaleli Vajinal Doğum

Operatif veya müdahaleli vajinal doğum denildiğinde vakum ve forseps yardımcı doğum yöntemleri anlaşılmaktadır. Bu yöntemlerde, annenin ıkınmasıyla eş zamanlı olarak fetusün başına doğrudan traksiyon uygulanarak doğum sağlanır. En yaygın uygulama nedenleri; doğumun ikinci evresinin uzaması ya da durması veya annenin etkili ıkınamayacak kadar yorulmasıdır. Ayrıca fetal sıkıntının hızla giderilmesi gereken durumlar ya da annenin sağlık durumu sebebiyle ikinci evrenin kısaltılmasının faydalı ya da gerekli olduğu hallerde de kullanılmaktadır (19).

2016-2017 yıllarında İngiltere’de kaydedilen verilere göre müdahaleli vajinal doğum oranları %10-15 arasında seyrederken, 1990-2012 döneminde Avustralya ve Yeni Zelanda’da bu oran %10-11 düzeyinde gerçekleşmiştir. Ancak sezaryen doğumların giderek artan tercih edilme sıklığı, müdahaleli doğum oranlarında belirgin bir düşüşe neden olmuştur. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde müdahaleli vajinal doğum oranı 1996 yılında %10-15 iken, 2010 yılında %3,6’ya kadar gerilemiştir. Türkiye’de ise bu durum çok daha belirgin yaşanmaktadır; forseps yardımcı doğum uygulaması neredeyse tamamen terk edilmiş, vakum yardımcı doğum ise yalnızca bu konuda uzmanlaşmış bazı hekim ve merkezlerce tercih edilmektedir.

Müdahaleli vajinal doğum oranlarındaki bu düşüşün temel nedeni, artan malpraktis davaları ve buna bağlı olarak hekimlerin yaşadığı mesleki çekincelerdir. Zira müdahaleli doğum yöntemleri anne ve bebek açısından bazı riskleri beraberinde getirmekte ve herhangi bir komplikasyon durumunda hekimler, neden sezaryen yöntemini tercih etmedikleri gerekçesiyle dava edilme endişesi taşımaktadır (27,28).

2.1.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Sezaryen uygulamalarının en yaygın sebeplerinden biri, daha önce sezaryen ile doğum yapmış hastalarda tercih edilen elektif sezaryen yöntemidir. Gelişmiş ülkelerde, tüm sezaryen doğumların yaklaşık %30'unu tekrarlayan sezaryenler oluştururken, Türkiye sağlık istatistikleri yılı 2023 verilerine göre ülkemizde bu oran %30,4 düzeyindedir (29,30). Bu tablo, 1916 yılında Cragin tarafından ortaya atılan “bir kez sezaryen, her zaman sezaryen” anlayışının, aksi yöndeki araştırmalara rağmen tam anlamıyla değiştirilememesiyle ilişkilendirilir. Ancak son dönem çalışmalar, her vakada ikinci bir elektif sezaryene başvurmanın doğru bir yaklaşım olmadığı gösterilmiştir. Nitekim 1997 yılında Flamm ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, sezaryen sonrası vajinal doğum yapan annelerde, anne ölüm oranının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu yöntemde ameliyat kaynaklı enfeksiyon, kanama, iç organ hasarı ve transfüzyon ihtiyacı gibi komplikasyonlara daha az rastlanıldığı ve erken taburculuğun sağlandığı belirtilmektedir (30).

1998 yılında yayımlanan Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin (ACOG) bildirisinde alt segment transvers kesiye sahip hastaların sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) için aday olduğu ve bu hastalara vajinal doğum önerilmesinin sezaryen oranını düşüşünde etkili olacağından bahsedilmiştir (30). Alt segment transvers kesi ile sezaryen geçirmiş pek çok kadın için sezaryen sonrası vajinal doğum denemesi, kabul görmüş bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (19).

ACOG, uygun adayların belirlenmesi için aşağıdaki kriterleri önermektedir:

- Daha önce yalnızca bir kez sezaryen ile doğum yapmış olmak,
- Pelvik yapının uygun olması,
- Uterusta ek bir skar bulunmaması,
- Acil sezaryen durumunda anestezi ve cerrahi desteğin hızlıca sağlanabilecek olması (19, 31).

Sezaryen sonrası vajinal doğum kontrendikasyonları ise;

- Daha önce klasik veya ters T insizyonu olanlar
- Geçirilmiş histeretomi ve myomektomi operasyonları
- Geçirilmiş uterus rüptürü
- Bazı plasenta previa ve prezentasyon bozukluklarında olduğu gibi eylemin kontrendike olduğu durumlardır (32).

Hastanın SSVD kararının pek çok etkene bağlı olduğu ve üçüncü trimesterde hastayla ayrıntılı bir bilgilendirme görüşmesi yapıldığında, hastaların üçte ikisinin vajinal doğumu tercih ettiği belirtilmektedir (19). Sezaryen sonrası vajinal doğum denemesinde başarı oranı, “vajinal doğuran hasta sayısı / eylemin denendiği hasta sayısı x 100” şeklinde hesaplanmakta olup, farklı araştırmalarda bu oranın %62 ile %90 arasında değiştiği bildirilmiştir (30). Ayrıca, tek bir servikal aşağı enine kesisi bulunan kadınlarda sezaryen sonrası vajinal doğum denemesinin güvenli olduğu gösterilmiş; bu tip kesiye sahip olgularda uterin rüptür olasılığının %0,5’in altında olduğu tespit edilmiştir (19).

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği ve Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği’nin iş birliğiyle, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Programı Bilim Kurulu tarafından 2007 yılında “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi” hazırlanmıştır. Bu rehber, 2010 yılında yeniden gözden geçirilmiş ve ismi “Doğum ve Sezaryen Eylemi Rehberi” olarak değiştirilmiştir. Rehberde uygulamaya yönelik temel önceliklere de yer verilmiş; sezaryen ile doğumun cerrahi bir girişim olması ve tıbbi gerekçelerle yapılmasının esas olduğu, dolayısıyla vajinal doğuma bir alternatif olarak görülmemesi gerektiği, ancak uygun olgularda sezaryen sonrası vajinal doğumun önerilebileceği vurgulanmıştır.(30,32,33)

2.2. Sezaryen Doğum

2.2.1. Sezaryen Doğum Tanımı ve Tarihsel Süreci

Sezaryen uygulamasının gerek batı toplumlarında gerekse diğer toplumlarda çok eski dönemlerden beri var olduğuna ilişkin çeşitli kanıtlar bulunmaktadır. Bu durum, “sezaryen” sözcüğünün anlamına dair farklı görüşlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Türk Dil Kurumu’nun Büyük Türkçe Sözlüğü’nde sezaryen; doğal olmayan koşullarda karın ve döl yatağının kesilerek bebeğin alınmasını içeren bir doğum yöntemi olarak tanımlanmaktadır (34). Genellikle vajinal doğumun güvenle gerçekleştirilemediği ya da vajinal doğumun anne-bebek açısından morbidite ve mortalite riskini belirgin biçimde artıracak durumlarda sezaryen tercih edilmektedir. Öte yandan Latince kökenli "caedere" sözcüğünün "kesmek" anlamına geldiği ve sezaryen teriminin de "keserek açmak" ifadesinden türetildiği yönünde görüşler bulunmaktadır. Tarihte karın duvarına yapılan ilk cerrahi girişim olarak kabul edilen sezaryen, başlangıçta yalnızca ölmüş gebe kadınlar üzerinde uygulanmıştır. Mitolojik, efsanevi ve hukuki metinlerde bu uygulamayla ilgili çeşitli kayıtlara rastlanmaktadır. Tarihteki ilk örnek olmamakla birlikte, Yunan mitolojisinde Apollo’nun Asclepius’u annesinin rahminden çıkardığına dair anlatımlar yer almaktadır. Bilinen ilk sezaryen uygulamalarının kökeninin Roma dönemine dayandığı düşünülmekte olup, Julius Sezar’ın bu yöntemle doğduğu ve annesinin doğumdan sonra uzun süre yaşadığına dair tartışmalı bilgiler literatürde mevcuttur. 1769 yılında Lebas’ın rahme uygulanan kesiye dikiş atma tekniğini geliştirmesiyle, sezaryen sonrası annede görülen olumsuz sonuçlar önemli ölçüde azaltılmaya başlanmıştır. İlk başarılı vaka örnekleri arasında, “hayvan bakıcısı” olarak anılan Nuffer’in eşine uyguladığı sezaryen sonrasında hem annenin hem de bebeğin yaşadığına dair kanıtlar gösterilmektedir. 1800’lü yılların sonuna doğru Edward Porro, “Porro operasyonu” olarak da bilinen yöntemle sezaryen tekniğini daha da geliştirmiştir. Ülkemizde ise anne ve bebeğin sağlıklı biçimde yaşadığı ilk başarılı sezaryen operasyonu, 1900’lü yılların başlarında saray cerrahı Cemil Topuzlu tarafından İstanbul Nişantaşı’nda bir konakta gerçekleştirilmiştir. Anestezi, antibiyotik ve kan ürünlerindeki ilerlemeler, sezaryen oranındaki artışa önemli ölçüde katkı sağlamıştır. Yüzyıllar boyunca sezaryen, hayat kurtarıcı nitelikte kahramanlık öyküleriyle anılırken, günümüzde en güvenilir ve en sık uygulanan obstetrik yöntemlerden biri hâline gelmiştir. Hastanelerin yaygınlaşmasıyla birlikte

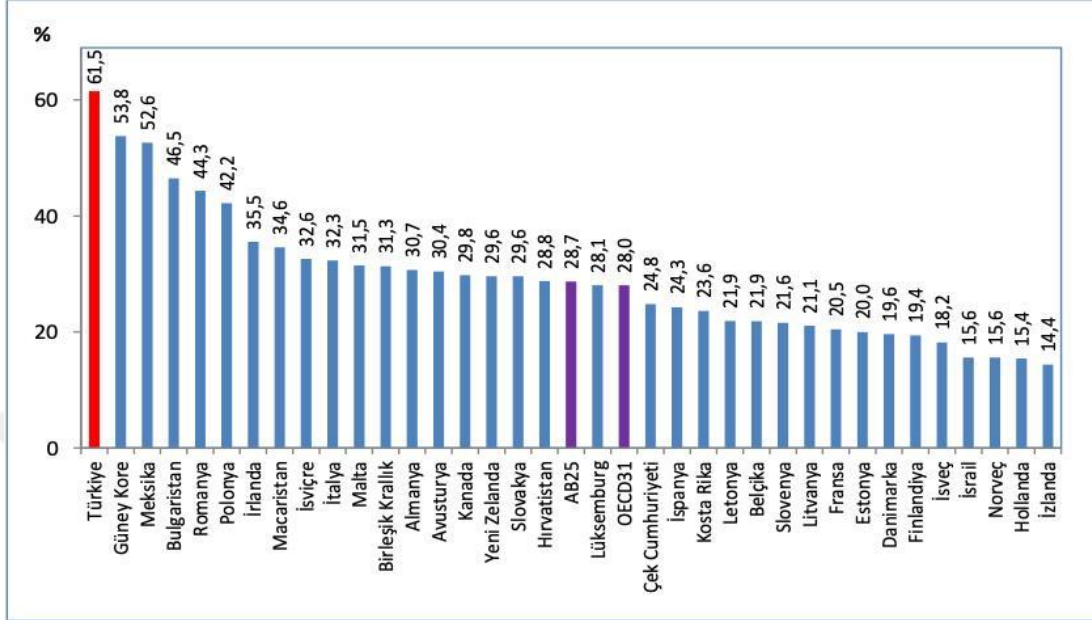
obstetri, hastaneye bağımlı bir alan olarak görülmeye başlamış ve doğum, önceden ebe tarafından yürütülen bir uygulama olmaktan çıkarak hastane ortamında gerçekleştirilen bir işlem hâline dönüşmüştür. Anestezideki gelişmelere ek olarak zorlu vajinal doğumlardaki istenmeyen müdahaleler ve komplikasyonlar da sezaryenin tercih edilmesinin nedenleri arasında sayılmaktadır (35,36,37)

2.2.2. Dünyada ve Türkiyede Sezaryen Sıklığı

Dünya genelinde sezaryen ameliyatı oranlarında kaygı verici bir yükseliş gözlenmektedir. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO), sezaryeni “epidemi” olarak nitelendirmiştir (38). DSÖ verilerine göre günümüzde her beş gebelikten biri sezaryenle sonlanmakta olup, bu eğilimin devam etmesi hâlinde 2030 yılına gelindiğinde her üç gebelikten birinin sezaryenle sonuçlanacağı öngörülmektedir (39). 2000 yılında dünya genelinde yaklaşık 16 milyon olan sezaryen doğum sayısı, 2020 yılında yaklaşık 29,7 milyona yükselmiştir. Dünya genelinde sürekli artış gözlenirse de sezaryen oranları küresel olarak eşit dağılmamaktadır (40). Bir kadının dünyanın neresinde yaşadığına bağlı olarak da sezaryene erişiminde önemli farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; az gelişmiş ülkelerde kadınların yaklaşık %8'i sezaryenle doğum yaparken gelişmemiş ülkeleri içeren sahra altı Afrika'da bu oran %5'e kadar düşmektedir; bu durum hayat kurtaran bu ameliyata erişimde endişe verici bir eksiklik olduğunu göstermektedir. Buna karşılık Latin Amerika ve Karayipler'de bu oran tüm doğumların 10'da 4'üne (%43) kadar yükselmektedir. Beş ülkede (Dominik Cumhuriyeti, Brezilya, Kıbrıs, Mısır ve Türkiye) sezaryen doğumlar artık vajinal doğumlardan daha fazladır. Araştırmaya göre, sezaryene olan bu eğilim devam ederse, 2030 yılına kadar en yüksek oranların Doğu Asya (%63), Latin Amerika ve Karayipler (%54), Batı Asya (%50), Kuzey Afrika (%48), Güney Avrupa (%47) ve Avustralya ve Yeni Zelanda'da (%45) olması beklenmektedir.(41)

2021 yılı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre, 1000 canlı doğumda en düşük sezaryen oranı 148 ile İsrail'e aittir. İsrail'i 152 ile Hollanda takip etmekte; İsveç, Norveç ve İzlanda da benzer oranlarla düşük seviyelerde yer almaktadır. En yüksek sezaryen oranı ise 586 ile Meksika'da olup, Türkiye 573 ile ikinci sırada bulunmaktadır (18). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023'teki uluslararası karşılaştırmaya göre ise Türkiye, %61,5 sezaryen oranıyla OECD ülkeleri arasında en yüksek seviyeye çıkmıştır. Aynı karşılaştırmada İzlanda %14,4 ile en

düşük orana sahiptir. OECD ortalaması %28, AB ortalaması ise %28,7'dir. Bu veriler ışığında Türkiye'nin sezaryen oranının hem OECD hem de AB ortalamalarının oldukça üzerinde olduğu dikkat çekmektedir (29). (Şekil 1)



Şekil 1. Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması, (%) (2023)

2023 yılında yayınlanan sağlık istatistikleri yılına göre Türkiye’de sezaryen oranı son üç yıl değerlendirmesi; 2021’de %60,9, 2022’de 62,8 ve 2023 yılı itibariyle %64,2’dir. Üç yıl içerisinde %60,9’dan %64,2’ye yükselerek yaklaşık 3,3 puanlık bir artış kaydetmiştir. Bu oran içinde primer sezaryen oranında da belirgin artış olup 2021 de %30,3 2022 de %32,5 ve 2023 yılı itibariyle %33,8 e yükselmiştir. Aynı dönem için primer sezaryen oranı da %30,3’ten %33,8’e çıkarak yaklaşık 3,5 puanlık bir yükseliş göstermiştir (29). (Şekil 2)

	Sezaryen Ameliyatı			Primer Sezaryen Ameliyatı		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Sağlık Bakanlığı	44,6	46,4	49,6	17,5	18,5	20,1
Üniversite	73,1	74,4	76,4	36,8	38,8	42,4
Özel	75,5	78,1	79,2	42,3	46,2	48,4
Toplam	60,9	62,8	64,2	30,3	32,5	33,8

Şekil 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Sezaryen ve Primer Sezaryen Ameliyatlarının Hastane Doğumları İçindeki Oranı, (%) 2023

DSÖ, 1985 yılından bu yana sezaryen oranlarının tüm doğumlar içinde %10-15 aralığında kalmasını önermektedir. Türkiye özelinde, Türk Jinekoloji ve Obstetrik

Derneği (TJOD) de bu konuya dikkat çekerek, DSÖ tarafından belirlenen %15 hedefinin Türkiye gibi bir ülke için kısa vadede gerçekçi olmadığını vurgulamış ve önce daha makul bir seviyeye inme gerekliliğini savunmuştur. TJOD, başlangıçta oranı %35'e çekmenin hedeflenebileceğini ve bu sayının uzun vadede kademeli olarak daha da azaltılmasının amaçlanması gerektiğini belirtmiştir (42).

2.2.3. Sezaryen Sıklığı Artış Nedenleri ve Robson Sınıflaması

Mevcut araştırmalar, sezaryen oranlarındaki sürekli artışın nedenlerini tam olarak açıklayamasa da bu durumun birçok olası faktörün birleşiminden kaynaklandığına işaret etmektedir. Bu faktörlerin başında ileri anne yaşı, nulliparite sayısının artışı ve obezitenin giderek yaygınlaşması gelmektedir. Ayrıca, kadınların doğum ağrısından korkması, vajinal doğumun genital bölgede yaratabileceği değişikliklere ilişkin endişeler ve sezaryenin bebek için daha güvenli olduğu yönündeki yaygın yanlış inanışlar da sezaryen tercihinin artmasına yol açmaktadır. Bunun yanı sıra sezaryenin, hem anneler hem de sağlık profesyonelleri tarafından daha pratik ve planlanabilir bir yöntem olarak görülmesi, sağlık personelinin olası tıbbi davalardan çekinmesi ve ailelerin sağlıklı bebek beklentisiyle herhangi bir komplikasyona karşı düşük tolerans göstermeleri de sezaryen oranlarını yükselten önemli nedenler arasında sıralanabilir (43).

Sezaryenle doğum oranlarındaki artış, birçok farklı faktöre bağlanmaktadır. Bunların başında elektronik fetal monitör kullanımının yaygınlaşması ve doğum boyunca fetal sağlıkla ilgili bilgilere erişim imkanlarının artması gelmektedir. Ayrıca cerrahi tekniklerin gelişmesi ile cerrahi bakım ve anestezi yöntemlerinde sağlanan ilerlemeler sayesinde sezaryen, daha güvenli ve tercih edilir hale gelmiştir. Araştırmalar, kadın doğum uzmanlarının zor bir vajinal doğuma kıyasla sezaryenle doğumun anne ve bebek açısından daha az risk içerdiğine yönelik inançlarının, sezaryen oranlarındaki yükselişte önemli rol oynadığını göstermektedir. Diğer taraftan anne adayları da doğum süresinin doktor tarafından önceden planlanması ve uzun süreli doğum eylemi izlemenin ortadan kalkması nedeniyle sezaryeni daha kontrollü, güvenli ve konforlu bir seçenek olarak algılamaktadırlar (30).

Literatürde üzerinde çokça durulmasa da, kadınların sezaryen doğumu tercih etmesine yol açtığı varsayılan bazı etkenlerden de söz edilmektedir. Bu etkenler;

fiziksel olarak olumsuz doğumhane koşulları, travay odalarında birden fazla gebenin aynı anda takibi, aynı anda olan doğumların aynı ortamda gerçekleşmesi, doğum sürecinde uygulanan ve gebeler tarafından rahatsız edici olarak tanımlanan uygulamalar örneğin; doğumu başlatmak için oksitosin infüzyonu, sık NST çekimi, sıvı ve hareket kısıtlanması ve doğum sırasındaki litotomi pozisyonunda kadının vajinal bölgesinin doğumhanedeki birçok kişi tarafından rahatça görülebilmesi olarak sıralanabilir (35).

Bu karmaşık tabloda, yalnızca tıbbi faktörlerin dikkate alınması gereksiz sezaryen doğumlarının azaltılması için yeterli olmayabilir (43). Sezaryen oranlarındaki artış incelendiğinde, anne talebi doğrultusunda gerçekleştirilen sezaryen doğumların yükselişteki payının kayda değer olduğu görülmektedir. Bu bağlamda “annenin isteği” günümüzde sıklıkla sezaryen için birincil endikasyon olarak kabul edilir hale gelmiştir. Anne talebine dayalı sezaryen ameliyatlarının ortaya çıkışında ise gebelerin bireysel ve psikolojik faktörleri etkili olmaktadır. Yapılan araştırmalar; kişisel deneyimin, kültürel ve sosyodemografik özelliklerin, sağlık hizmetine erişimin, vajinal doğumdan korkmanın, kontrol ve güvenlik algısının, olası olumsuz şartlara verilen tepkinin, sağlık profesyonellerinden yeterli destek ve bilgi alamamanın ve ölüm korkusunun anne adayının sezaryen talebini artırabileceğini göstermektedir. (39).

Sezaryen, başlangıçta anne ve fetüsün karşılaşabileceği riskleri azaltmak amacıyla uygulanmaya başlamış bir yöntem olsa da günümüzde pek çok kadın tarafından doğum ağrısından kaçınmanın bir yolu olarak görülmektedir. Ayrıca sezaryenin ağrısız, güvenli ve vajinal doğumdan daha sağlıklı olduğu yönündeki yanlış kanı giderek yaygınlaşmaktadır (44). DSÖ, 2015 yılında yayımladığı raporda sezaryen doğum hızının %10’un üzerine çıkması durumunda anne ve bebek ölüm oranlarındaki düşüşle ilintili bir fayda tespit edilemediğini bildirmiştir. Bu nedenle, sezaryen ameliyatının yalnızca tıbbi gereklilik halinde yapılması gerektiği ve ülkelerin spesifik bir sezaryen oranı hedefi belirlemesinin uygun olmadığı vurgulanmıştır. Sezaryen oranlarının doğru şekilde değerlendirilmesi için standardizasyonun önemine dikkat çeken DSÖ (2015), sezaryen doğum sıklığını izlemek üzere Robson sınıflaması sisteminin küresel bir standart olarak kullanılmasını önermiştir (45). Son on yılda giderek yaygınlaşan bu sınıflama, basit ve tekrarlanabilir olmasıyla ön plana çıkmaktadır. Farklı hastaneler, şehirler ve ülkeler arasındaki sezaryen oranlarının

klirik açıdan güvenilir biçimde karşılaştırılmasına ve incelenmesine olanak tanımlaktadır. Robson sınıflaması; parite, önceki sezaryen öyküsü, doğumun başlama şekli, gebelik süresi, bebeğin prezentasyonu ve sayısı gibi önemli maternal ve fetal değişkenleri esas alarak sezaryen doğum sıklığını ayrıntılı biçimde analiz etmeyi mümkün kılar. Pek çok ülke ulusal düzeyde bu sınıflamaya geçtikçe, gelecekte sezaryen doğum oranlarındaki değişimleri daha derinlemesine incelemeye yönelik güncellemelerin yapılması beklenmektedir. Türkiye’de 2012 Temmuz ayından itibaren doğum hizmeti sunan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sezaryen oranlarının ‘‘Robson Gebe Sınıflaması’’ ile takibi kararlaştırılmış ve 81 İl Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla aylık veri toplanmaya başlanmıştır (46).

Artan sezaryen oranlarını daha iyi anlayabilmek ve etkili müdahaleler geliştirebilmek için, kadınların doğum tercihlerine etki eden faktörleri tespit etmek büyük önem taşımaktadır. Kadının bilinçli şekilde en baştan sezaryen istemesi ve gebelik süresince buna uygun kararlar alması, sezaryen oranlarının yükselişinde önemli bir paya sahiptir. Bu nedenle, kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak, ihtiyaç duydukları bilgi ve desteği sunmak ve karar süreçlerine katılımlarını sağlamak büyük önem taşımaktadır (43).

2.2.4. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Doğum eyleminin normal seyrine ve ilerleyiş durumuna göre sezaryen ameliyatı; çok acil, acil, elektif veya planlı şekilde uygulanabilmektedir. Bu uygulamanın gerekliliğini ortaya koyan çeşitli endikasyonlar söz konusudur (36).

Maternal Endikasyonlar:

- Daha önce geçirilmiş sezaryen veya diğer uterin cerrahiler
- Pelvik deformite veya sefalopelvik uyumsuzluk
- Önceden gerçekleştirilmiş pelvik veya rektal rekonstrüktif cerrahi
- Genital Herpes Simpleks (HSV-2) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) gibi bebeğe doğum kanalı yoluyla bulaşabilecek vertikal geçişli maternal enfeksiyonların varlığı
- Kalp ve akciğer hastalıkları ile hipertansiyon, diabetes mellitus gibi sistemik hastalıklar
- Aynı anda intraabdominal cerrahi gerektiren başka bir patoloji varlığı

- Perimortem sezaryen
- Anne talebi

Fetal Endikasyonlar:

- Fetal distres (Güven vermeyen fetal durum)
- Malprezentasyon ve malpozisyon (bebeğin uygunsuz duruşu/pozisyonu)
- Makrozomi (4500 kg üzeri fetal ağırlık)
- Hidrosefali, anensefali sakrokoksigeal teratom, gibi konjenital anomaliler
- Trombositopeni

Doğum, Umblikal Kord ve Plasentaya Ait Anatomik Endikasyonlar:

- Plasentaya ilişkin anormallikler (plasenta previa, ablasyo plasenta, plasenta akreata)
- Umblikal kord prolapsusu
- İnvaziv serviks kanseri
- Sefalopelvik uyumsuzluk
- Distosi (doğum eyleminde ilerleme bozuklukları)(32,36)

2.2.5. Sezaryen Doğumun Maternal ve Fetal Etkileri

Sezaryen ameliyatının anne sağlığı üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olabilmektedir. Örneğin; sezaryenle doğum yapan kadınlarda perine yaralanmaları, servikal yırtıklar, vajinal hematom, pelvik organ sarkmaları ile fekal ve idrar inkontinansının daha az görüldüğü ve sezaryen sonrası disparoni sıklığının düşük olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, anne açısından bazı avantajları bulunan sezaryen ameliyatının çeşitli istenmeyen sonuçları da mevcuttur. Sezaryenin doğum sırasında görülen maternal komplikasyonlarının başlıcaları; transfüzyon gereksinimi, amniyotik sıvı embolisi ve tromboemboli, enfeksiyon, postpartum hemoraji, atoni, peripartum histerektomi, mesane, üreter ve bağırsak laserasyonu, postpartum üriner retansiyon, kronik pelvik ağrı ve anne ölümüdür. Ayrıca iyileşme süresinin uzaması, hastanede kalışın artması, emzirmenin erken dönemde başlatılamaması ve buna bağlı tıbbi bakım masraflarının yükselmesi de sezaryenin olumsuz sonuçları arasında sıralanabilir (36).

Sezaryenin uzun dönem komplikasyonları genellikle tekrarlayan sezaryenlerle ilişkilidir. Bunlar arasında uterin rüptür, maternal ölüm, ektopik gebelik, abortus, plasenta previa ve diğer plasental yerleşim anomalileri bulunur. Ayrıca adezyonlara bağlı bağırsak obstrüksiyonu, insizyon yerinde açılma ve fistül oluşumu da görülebilir. Bu komplikasyonlar doğum sayısını kısıtlayarak uzun vadede doğurganlığı da etkileyebilir. (47)

Sezaryen ameliyatının, fetal mortalite, yenidoğan enfeksiyonu, neonatal asfiksi, makat prezentasyonunda bulunan fetus için olumsuz neonatal sonuçları, brakial pleksus hasarı, frenik sinir yaralanması, serebral palsy ve intrakraniyal yaralanma gibi doğum travmalarını azaltabileceği düşünülmektedir. Çok sayıda komplikasyon riski bulunmasına rağmen sezaryenin en önemli avantajı perinatal ölüm oranlarını düşürmesidir. Bununla birlikte, tüm bu avantajlar sezaryenin yenidoğan sağlığı açısından vajinal doğuma göre daha üstün ve yararlı olduğu göstermez. Aksine, sezaryenin de yenidoğan için çeşitli riskler barındırdığına işaret eden araştırmalar mevcuttur. Örneğin; doğum eylemi başlamadan ve herhangi bir tıbbi gereklilik olmaksızın uygulanan sezaryen ameliyatlarının bebekte çeşitli travmalara, dehidratasyon, respiratuar distress sendromu gibi solunum sıkıntısı oluşturabilecek durumlara, enfeksiyon, hipoglisemi, vücut sıcaklığının korunamaması ile ilgili sorunlara, doğum sonu dönemde anne-bebek etkileşiminin gecikmesine ve anne ile bebek arasındaki bağlanmanın olumsuz etkilenmesine yol açabileceği bildirilmiştir. (36).

2.3. Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Günümüzde, kadınlar istedikleri doğum şekline, nerede doğum yapacaklarına ve doğum anında yanında kimlerin yer alacağına karar vermede özgürdürler. Bu bağlamda anne ve fetüsün güvenli ve sağlıklı bir doğum deneyimi yaşayabilmesi için verilmesi gereken en önemli karar tercih edilen doğum şeklidir (48). Anne adayları, doğumun nasıl gerçekleşeceği konusunda genellikle kaygılı bir bekleyiş içinde olurlar. Bu kaygı, özellikle ilk doğum sırasında daha yoğun yaşanır. İlk doğumda edinilen deneyimler, sonraki doğumların şeklini önemli ölçüde etkilediği için ayrı bir öneme sahiptir (2). Doğum şeklinin belirlenmesinde yalnızca tıbbi gerekçeler değil; anne adayının sosyal, psikolojik ve çevresel koşulları da önemli rol oynar. Kadınların doğum yöntemi tercihini etkileyen faktörlerin başında, doğuma yönelik korkuları ve

bu sürece psikolojik olarak hazır olup olmadıkları gelir. Bunun yanında annenin yaşı, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumu ve doğuma ilişkin bilgi düzeyi de tercihler üzerinde etkilidir. Ayrıca yaşanan bölgenin sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, çoğul gebelik durumu, daha önce doğum yapmışsa yaşadığı deneyimin niteliği, gebelik boyunca eşinden ve çevresinden gördüğü psikolojik destek ile doktor ve sağlık personelinin yönlendirmeleri de doğum yöntemi kararını şekillendirir. Son olarak, doğumun gerçekleşeceği hastanenin koşul ve özellikleri de tercihler üzerinde belirleyici bir unsurdur (49).

Aktaş ve Erkek' in yaptığı çalışmada annelerin vajinal doğumu tercih etme gerekçeleri dört temel başlıkta pozitif doğum algısı, içsel doyum, fiziksel rahatlık ve sağlık politikaları olarak toplanmıştır. Pozitif doğum algısı; annelerin daha önceki olumlu doğum deneyimleri, çevreden ve sosyal medyadan duydukları pozitif doğum hikâyeleri, ebe ve hastaneden memnuniyetleri, vajinal doğumun anne-bebek sağlığı açısından daha faydalı olduğu inancı, cerrahi müdahale gerektirmemesi nedeniyle sezaryen komplikasyonlarının yaşanmaması ve manevi anlamda arınma hissiyle ilişkilendirilmiştir. İçsel doyum kapsamında ise annelerin doğum sürecine aktif katılım sağlaması, bebekle erken temas kurabilmesi, emzirmeye hızlıca başlaması ve anneliği daha güçlü hissetme arzusu ön plana çıkmaktadır. Fiziksel rahatlık; vajinal doğum sonrası annenin daha erken hareket edebilmesi, kişisel bakımını bağımsız sürdürebilmesi ve ameliyat kesiği olmaması nedeniyle tercih sebebidir. Ayrıca sağlık politikaları nedeniyle tıbbi zorunluluk olmadıkça sezaryen yapılamaması da vajinal doğum seçiminde etkili olmaktadır. (24)

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri arasında tıbbi gerekliliklerin yanı sıra çeşitli önlenebilir faktörler de yer almaktadır. Bu faktörlerin başında; doğuma yönelik korkular, doğum yöntemleri hakkında bilgi eksikliği, doğumun gerçekleştiği ortamın olanaklarının yetersizliği, sezaryenin toplumsal bir statü sembolü olarak görülmesi, vajinal doğumun çok zor ya da dayanılmaz olduğuna dair algılar gelmektedir. Ayrıca doğum sırasında ebe ve doktorların olumsuz tutumları, annenin önceki olumsuz doğum deneyimleri veya tanıklıkları ile medyadan ve çevreden duyduğu negatif doğum hikâyeleri de tıbbi olmayan sezaryen tercihlerini artıran nedenler olarak sıralanabilir (24).

Öcal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türkiye’de gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen unsurlar incelendiğinde kadınların vajinal doğumu tercih etme gerekçelerinin başında anne ve bebek sağlığı yer almaktadır. Öte yandan sezaryen doğumu tercih etmede ise çoğunlukla ilk doğumun sezaryenle gerçekleşmiş olması, tıbbi gereklilikler, doğum korkusu, çok ağrı çekeceğini düşünme yer almıştır.(44)

Modern tıpta, hastaların tedavi seçeneklerine dahil olması ve tedavinin yönetiminde söz sahibi olması en temel unsurlardan biridir. Bu konuda en büyük görev ise sağlık çalışanlarına düşmektedir. Sağlık personeli, gebe kadınları ve ailelerini yeterli ve doğru biçimde bilgilendirerek tüm seçenekleri onlarla birlikte değerlendirmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirmelidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerin sağlıklı biçimde ilerlemesi için annenin bu aşamalara hazırlığı ve uyumu büyük önem taşımaktadır. Yeterli ve doğru bilgi alan gebe ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu dönemlere uyumu da kolaylaştıracaktır.(50)

2.4. Sağlık İnanç Modeli

1950’lerde Amerika’da halk sağlığı uzmanları, sağlık eğitiminin etkinliğini artırmak amacıyla psikososyal bir model geliştirmeye yönelmiştir. Araştırmalar, koruyucu sağlık davranışlarında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve etnik köken gibi demografik faktörlerin önemli rol oynadığını göstermiştir. Ayrıca sağlık hizmetleri ücretsiz olsa dahi, sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerin bu hizmetlerden daha az yararlandığı gözlenmiştir. Bu durum, koruyucu sağlık davranışlarının yalnızca ekonomik imkânlarla değil, psikososyal faktörlerle de ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda Rosenstock, 1966 yılında Sağlık İnanç Modeli’ni kullanıma uygun hale getirmiş; sonraki yıllarda Becker ve arkadaşları ise modeli daha da geliştirmiştir (51). Son yirmi yılda SİM, diğer kuramsal çerçevelerle karşılaştırılarak zenginleştirilmiş ve sağlık davranışlarını değiştirme girişimlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise SİM; sağlık taramaları, hastalık, hastalık rolü ve koruyucu davranışlara yönelik müdahalelerde sıklıkla başvurulmuş bir yaklaşım haline gelmiştir (52).

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkilendiğini öne sürer. Eğer sorunlu kabul edilen bu inanç ve tutumlar tespit edilirse, uygulanacak sağlık eğitimi ve tedaviler bireye daha uygun şekilde planlanabilir. Kişinin sağlık davranışları; sağlığına atfettiği önem, hastalık ve olası sonuçlarına dair inançlarından etkilenmektedir (51). Bu modele göre, bireyin eyleme geçmesinde davranışa ilişkin engel ve fayda algısı kritik rol oynar. Ayrıca, bir sağlık davranışının neden benimsendiği, ertelendiği veya reddedildiğini de netleştirmeye yardımcı olur (53). Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi zararlar doğuracağına dair duyarlılık hissediyorlarsa, harekete geçtiklerinde olası zararların azalacağı beklentisine kapılırlar. Buna karşılık, önlem alınmazsa muayene, tarama, diyet düzenlemesi gibi engel algısı yaratan faktörlerin (maliyet, zaman vb.) yol açacağı sıkıntılardan daha büyük sorunlarla karşılaşabileceklerine inanırlar. Örnek vermek gerekirse, kansere yakalanma ihtimaline duyarlı biri, hastalığın kötü sonuçlarına maruz kalmaktan kaçınmak adına zamansızlık, para yetersizliği veya sağlık kurumuna erişememe gibi engellere rağmen düzenli kontrol yaptırmayı tercih eder (51).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireylerin koruyucu davranışlara nasıl motive olduğunu, erken tanı için sağlık taraması yaptırma ve hastalıkları denetleme süreçlerinde nasıl harekete geçtiklerini anlamak amacıyla çeşitli bileşenlerden yararlanır. SİM'in temel bileşenlerini ciddiyet, yarar, duyarlılık, engel algısı ve eyleme geçiriciler oluşturur. SİM'e sonradan eklenen bir başka önemli unsur ise bireyin öz etkililiği (yeterliliği) olmuştur (51). Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinin önündeki en önemli etken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısı, engellerin olumsuz etkisini azalttığında davranış gerçekleşmektedir (52).

Modele ait temel bileşenlerin içerikleri aşağıda açıklanmıştır;

Duyarlılık/Hassasiyet Algısı: Bireylerin sağlık davranışlarını şekillendiren temel unsurlardan biri, kişisel risk ya da duyarlılık algısıdır (51). Duyarlılık algısı, bireyin kendisini bir hastalığa yakalanma riski açısından nasıl değerlendirdiğini ve sağlığıyla ilgili tehditleri nasıl algıladığını ifade eder. Algılanan duyarlılık arttıkça, riskli davranışları sergileme eğilimi azalır (53). Örneğin, geçmişte meme kanseri geçirmiş bir kadının, hekim tarafından önerilen zaman aralıklarında mamografi çekirtmeyi ihmal etme olasılığı düşmektedir (51).

Ciddiyet/Önemseme Algısı: Sağlık İnanç Modeli kapsamında ciddiyet algısı, bir hastalığın yarattığı sonuçlara karşı bireyin verdiği tepkinin yoğunluğunu ifade eder (53). Bu algı, kişinin hastalıkla ve sağlıkla ilgili bilgi düzeyinden büyük ölçüde etkilenir. Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyin ciddiyet algısı da buna uygun şekilde şekillenir. Örneğin, sağlıklı bir kişi grip olduğunda genellikle birkaç gün istirahat ederek iyileşebilirken, astım hastası bir birey grip geçirdiğinde hastaneye yatış gereksinimi duyabileceğinin farkındadır ve hastalığının gidişatını önemser (51). Duyarlılık ve ciddiyet algıları birlikte değerlendirildiğinde ise “algılanan tehdit” olarak tanımlanır (54).

Yarar Algısı: Yarar algısı kavramı, bireyin bir hastalığı veya tehdidi hafifletmeye yönelik önerilen koruyucu davranışın etkili olacağına dair inancını ifade eder. Kişi, söz konusu davranışın yararlı olacağına inanıyorsa, önerilen eylemi yerine getirme eğilimi artar. Sağlığını korumaya dönük davranışın faydasına duyulan güçlü inanç, bu davranışın daha kolay uygulanmasını sağlar. Başka bir deyişle, davranışın gerçekleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan olumlu etkiler “yarar” olarak değerlendirilir. Tarama programı gibi koruyucu uygulamalarda yarar algısı önemli bir motivasyon kaynağıdır (53).

Engel Algısı: Önerilen davranışı hayata geçirmeyi güçleştirdiği düşünülen unsurlar veya söz konusu davranışın olası olumsuz yönlerini ifade eder. Birey, davranışın faydaları ile zararlarını zihninde tartarak karar verir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar algıları engellerin olumsuz etkisini azaltırsa, koruyucu davranış daha kolaylıkla gerçekleştirilebilir. Koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesindeki en önemli unsurun, yarar ve engel algısı arasındaki fark olduğu vurgulanmaktadır (51,53,54).

Öz yeterlilik/Motivasyon Algısı: Algılanan öz yeterlilik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından Sağlık İnanç Modeli’ne dahil edilmiştir. Öz yeterlilik; beklenen sonuçlara ulaşmak amacıyla davranışı uygulama konusundaki bireysel inanç, kararlılık ve iradeyi ifade eder. Kişinin, davranışı başarıyla gerçekleştirebileceğine ve bundan olumlu sonuç alacağına dair inancı, motivasyonunu güçlendirir. Bu nedenle, hem davranış değişikliğinin başlatılması hem de sürekliliğinin sağlanmasında öz yeterlilik kritik bir rol üstlenmektedir (51,53,54).

Eyleme Geçiriciler: Sağlık İnanç Modeli'nin başlangıç aşamalarında, bireyleri sağlık davranışı yönünde harekete geçiren tetikleyiciler üzerinde durulmuştur. Algılanan hassasiyet ve ciddiyet, kişiyi yalnızca potansiyel olarak sağlık arayışına yönlendirebilirken; bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar veya medya gibi faktörler eyleme geçme konusunda güçlü birer tetikleyici unsura dönüşebilmektedir (51).

Rohleder'in (2012) görüşlerine göre Sağlık İnanç Modeli'nin birtakım sınırlılıklarını da göz ardı etmemek gerekir (55). Model üzerine yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonu ve eyleme geçiriciler gibi önemli bileşenlerin bazen ihmal edildiği görülmektedir. Ayrıca çoğu çalışmada bileşenlerin davranışa olan etkisi ayrı ayrı incelenmiş, bileşenler arasındaki olası etkileşimlere ise yeterince değinilmemiştir. Model genellikle durağandır ve bileşenler çoğunlukla tek bir zaman diliminde değerlendirildiği için inançların zaman içinde değişimi göz ardı edilmektedir. Bunun yanı sıra, davranışı etkileyen farklı unsurları açıklamada model yetersiz kalabilmektedir. Örneğin, spor yapan bir kişinin hissettiği olumlu duygular, motivasyonunu etkileyen önemli bir unsur olabilir. Ayrıca bireyin davranışını şekillendiren sosyal çevre, kültürel normlar ve niyet gibi faktörlerin dikkate alınmaması da modelin sınırlılıkları arasında yer almaktadır (51).

2.5. Sağlık İnanç Modelinin Doğum Şekli Tercihinde Kullanımı

Kadın hastalıkları ve doğum alanında, bireylerin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik davranışlar kazanmalarını sağlamak amacıyla SİM sıklıkla kullanılmaktadır. Günümüzde model, kadınların hangi doğum şeklini tercih edeceği ve bu tercihlere etki eden unsurların belirlenmesi amacıyla da uygulanmaktadır (7).

SİM, sağlıkla ilgili inanç veya faktörler ile anne davranışları arasındaki bağlantıyı ortaya koyarak, bir doğum yönteminin seçilme ihtimalini tahmin etmeye yardımcı olur. Yeşildağ ve Gölbaşı (2024), modele dayalı doğuma hazırlık eğitiminin, gebe kadınlarda öz yeterlilik algısını yükselttiğini tespit etmiştir (7). Dadipoor ve arkadaşlarının (2017) çalışması, isteğe bağlı sezaryen oranlarındaki artışın temel nedeninin, vajinal doğuma yönelik engel algısı olduğunu göstermiştir (12). Hassani ve ekibinin (2016) araştırması, SİM'e dayalı eğitimin gebelerin öz farkındalığını ve yarar algısını artırdığını belirtmektedir. Ayrıca anne adaylarının sağlık inançlarına uygun

planlanan eğitimin, vajinal doğum oranlarını arttırmada etkili olduğu bildirilmiştir (11,13).

Bu modelden yararlanılarak, doğum şekline yönelik anne tercihi ve tercih üzerinde etkili unsurlar; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan öz yeterlilik olarak SİM'in alt başlıkları çerçevesinde irdelenebilmektedir (7,14).

Algılanan duyarlılık: Bireyin belirli bir hastalık veya sağlık sorununa yakalanma olasılığının ne kadar yüksek olduğuna dair inancını ifade eder. Kişi kendisini ciddi risk altında hissediyorsa, bu riski azaltmak ya da tamamen önlemek amacıyla ilgili sağlık davranışını benimsemeye daha istekli hale gelir. Doğum yöntemi perspektifinden bakıldığında ise algılanan duyarlılık, anne veya bebeğin ölümü gibi ciddi riskleri kapsar. Dolayısıyla, kendisini tehlikede gören kadın, daha güvenli olduğuna inandığı bir doğum şeklini seçme eğiliminde olur. Örneğin, önceki doğumunda olumsuz bir deneyim yaşamış olan bir kadın, aynı durumun tekrar edebileceğine inanarak bir sonraki doğumunda farklı bir yöntemi tercih edebilir (14,56).

Algılanan ciddiyet: Kişinin bir tıbbi durumun önemini ve buna eşlik edebilecek olumsuz sonuçları ne kadar ciddi gördüğüne ilişkin inancıdır. Burada olası tıbbi sonuçlar ölüm, sakatlık ve ağrıyı; sosyal sonuçlar ise iş, aile ve toplumsal ilişkileri etkileyecek faktörleri içerir (56). Belirli bir doğum yönteminin çok ciddi veya tahammül edilemez komplikasyonları olduğuna inanılması hâlinde, kadınlar bu riskleri en aza indirmek için farklı bir doğum şeklini seçmeye daha eğilimli olabilmektedir. Hem vajinal hem de sezaryen doğumda karşılaşılabilecek en ağır komplikasyon, anne ya da yenidoğan ölümüdür. DSÖ'nün 2004 ile 2008 yılları arasında kapsayan küresel araştırmasında, tıbbi gerekçe olmaksızın yapılan sezaryen doğumlarda anne ölümü ve morbidite riskleri rapor edilmiştir. Buna göre, sezaryen doğum; anne ölümü, yoğun bakım ünitesine yatış, kan nakli ihtiyacı ve histerektomi ya da internal iliak arter ligasyonu gibi müdahaleleri gerektirme açısından vajinal doğuma kıyasla üç kat daha yüksek risk taşımaktadır. Ayrıca sezaryenin, anestezi, adezyon oluşumu ve uterus rüptürü gibi pek çok olumsuz sonuçla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Maternal anestezi kaynaklı yenidoğan solunum depresyonu da sezaryen ile bağlantılı başka bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan vajinal

doğumun da tamamen risksiz olmadığı ifade edilmektedir. Bu yöntemde görülebilecek anne komplikasyonları arasında pelvik organ prolapsusu, uzamış doğum eylemi ve perineal travma sayılabilir. Yenidoğan açısından da vajinal doğum sırasında anneden kaynaklanan Hepatit C, HIV ve HPV gibi enfeksiyonların bulaşma olasılığı artmaktadır.(14,56)

Algılanan Yarar: Bir kişinin belirli bir sağlık davranışını gerçekleştirerek sonucun olumlu yönde değişeceğine dair inancını ifade eder. Anne ve fetus sağlığının korunması, sosyokültürel inançların yerine getirilmesi, annelik tatmini ya da doğum beklentisi gibi unsurlar, annelerin karar verme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Birçok ülke açısından bakıldığında, vajinal doğumun sezaryene göre daha fazla avantaj sunduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (14). Vajinal doğumun faydaları arasında hızlı iyileşme, hastaneden erken taburcu olma ve kesi izi bulunmaması yer almaktadır. Ayrıca vajinal doğumun bebek için sezaryene göre daha güvenli olduğu düşünülmektedir. Vajinal doğum sonrası emzirmeye daha erken başlanabildiği ve anne-bebek arasındaki bağlanmanın daha hızlı gerçekleştiği de belirtilmiştir. Diğer yandan, doğum ağrısından çekinmek ve sık yapılan vajinal muayeneler, sezaryen seçiminin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Uzun süren doğum ağrısı, epizyotomi ve perine yırtıkları ile fetal distress gibi durumlar da kadınların sezaryeni tercih etmelerinde korku yaratan unsurlar olarak gösterilmektedir. Bunun yanı sıra bazı kadınlar, sezaryenin genital görünümü koruduğunu ve cinsel tatminsizliği azalttığını ifade etmektedir. Sezaryen zamanının planlanabilir oluşu ve doğum izninin buna göre ayarlanabilmesi gibi pratik yararlar da sezaryenin avantajları arasında sayılmaktadır (56). Öte yandan, Çin kültüründe uğurlu bir doğum zamanının kişinin yaşam boyu kaderini etkileyeceğine dair bir inanç söz konusudur. Nitekim, Çin zodyağında uğurlu kabul edilen “ejderha yılında” doğum oranlarının yükseldiği rapor edilmiştir (14).

Algılanan Engeller: Belirli bir sağlık davranışını sürdürmede veya benimsemelerde kişinin algıladığı zorluklar ya da olumsuz yönlerdir (56). Bu noktada gebe kadın, normal doğuma ilişkin engellerin farkına varır. Normal doğum sürecinde karşılaşılan engeller; doğum korkusu, ekonomik yük, prosedürün riskleri, ağrı, duygusal rahatsızlık, zorluklar ve zaman kaybı gibi unsurları içermektedir. Örneğin; pelvik darlık, preeklampsi, ciddi kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, aktif genital herpes, HIV enfeksiyonu ve çoğul gebelik gibi durumlar vajinal doğum için

kontrendikasyon oluşturabilir. Ayrıca bebeğin uygun olmayan duruşu veya prezentasyonu, kordon sarkması ve makrozomi de vajinal doğumu engelleyen diğer faktörler arasındadır (11,56).

Öz yeterlilik: Bireyin bir davranışı gerçekleştirme konusundaki özgüvenini, motivasyonunu ve kişisel başarı algısını ifade eder. Bu bağlamda gebe kadın, normal doğumu gerçekleştirme konusundaki inancını, iradesini ve kararlılığını fark eder. Öz yeterliliği güçlü olan gebe kadın, normal doğum süreciyle ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünür ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek zorluklarla baş edebileceğine inanır. Doğum için gerekli hazırlıklara yeterli zaman ayırır ve kasılmaları yönetmek için fiziksel ve zihinsel gevşeme tekniklerini kullanabileceğine güvenir. Ayrıca doğumu başarılı şekilde tamamlayacağına ve doğum sürecinde sağlık çalışanlarıyla iş birliği içerisinde hareket edeceğine yönelik motivasyonu yüksektir. (57).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir çalışma olarak tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Çalışmada, Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik kurallara uyulmuştur. Bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (04.10.2024 tarih ve 2024/350 sayılı karar). Ayrıca Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğinden de izin alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15.10.2024-15.01.2025 tarihlerinde Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D'na başvuran 27 hafta üzeri gebeliği bulunan nullipar gebeler oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilinmediğinde örneklem büyüklüğü hesaplanması için kullanılan ve aşağıda belirtilen formül yardımıyla belirlenmiştir.

$$n = pqt^2 / d^2$$

Bu formüle göre $p=0,50$; $q=0,50$; $t=1,96$; $d=0,05$ (%95güven aralığında) kabulleri ile örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir.

- Afyonkarahisar ilinde ikamet etmek,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Daha önce doğum yapmamış (nullipar) olmak,
- Vajinal doğuma engel bir durumu bulunmamak,
- 27 hafta üzeri (son trimester) gebe olmak,
- Okur yazar olmak,
- Tekil gebelik olması.

Dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- 18 yaşından küçük olmak,
- Daha önce doğum yapmış olmak,
- Çoğul gebeliği olması,
- Yardımcı üreme tekniklerini kullanarak gebe kalmış olmak

3.6. Kullanılan Ölçme, Test Etme ya da Veri Toplama Yöntemi

Araştırma konusu ve amacı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra anket yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Anketin ilk kısmında kişisel bilgi formu yer almaktadır. Bu bölümde gebelerin ve eşlerinin yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, kişisel alışkanlıkları, özellikleri ve gebelik süreciyle alakalı sorular yer almaktadır. Anketin ikinci kısmında sezaryen niyet ölçeği, üçüncü kısmında ise doğum sağlık inancı ölçeği yer almaktadır. Anketin son iki sorusundan biri çoktan seçmeli olup doğum şeklini sormaktadır. Son sorusu ise açık uçludur. Gebelerin tercih ettikleri doğum şeklini seçmelerindeki faktörü kısaca anlatmaları istenmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formunda bireylerin sosyo-demografik özellikleri 7 soru (yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu algısı, gelir miktarı, yaşanılan yer) evlilik ve aile bilgileri 4 soru (evlilik süresi, eşinizin yaşı, eşinizin eğitim durumu, eşinizin mesleği) gebelik ile ilgili sorular 4 soru (gebelik haftası, gebeliğin planı, eğitim ve danışmanlık durumu, bilgi kaynakları) sağlık durumu 4 soru (sağlık sigortası, sağlık sorunu varlığı, sigara kullanımı, alkol

kullanımı) doğum tercihlerinde sosyal çevre ve inançların rolü 2 soru (sosyal çevrenin doğum şekli konusundaki tavsiyeleri, dini veya kültürel inançların doğum şekli tercihinin etkisi) psikolojik ve sosyal durum 3 soru (stres seviyesi, eş ve aile desteği, gebelik ve doğum hakkında bilgi düzeyi) olmak üzere 24 sorudan oluşmaktadır.

Sezaryen Niyet Ölçeği: Ölçek gebe kadınların sezaryeni tercih etme niyetlerini ölçmek amacıyla Naghibi ve ark. (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonu 24 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan beş alt boyut; davranışsal inançlar (6 madde), davranışsal sonuçların değerlendirilmesi (7 madde), önleyici normatif inançlar (5 madde), davranışsal niyet (3 madde) ve uyum motivasyonu (3 madde) şeklindedir (58). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Taşkın ve ark. (2024) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlaması; 18 madde ve davranışsal inançlar ve davranışsal sonuçların değerlendirilmesi (7 madde), davranışsal niyet ve uyum motivasyonu (8 madde), önleyici normatif inançlar (3 madde) olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen beşli likert tipi olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği kadınların sezaryene karşı daha olumlu bir tutum sergilediğini göstermektedir (39).

Sezaryen niyet ölçeğinin Naghibi ve ark. (2021) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal versiyonun Cronbach Alfa değeri 0,609 ile 0,843 arasında bulunmuştur. Taşkın tarafından Türkçeye uyarlanan ve geçerlik güvenirliğin yapıldığı çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,821'dir. Bizim araştırmamızda ise 0,889 olarak hesaplanmıştır.

Doğum Sağlık İnancı Ölçeği: Ölçek Yeşildağ ve Gölbaşı (2021) tarafından gebe kadınların doğum şekline ilişkin tutum ve inançlarını değerlendirmek için sağlık inanç modeline dayalı bir ölçüm aracı geliştirilmesi hedeflenerek oluşturulmuştur. Ölçek nullipar gebelere yönelik geliştirilmiştir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.974'tür. Toplam 34 maddeden oluşan DSİÖ'nün özyeterlilik ve motivasyon, yarar, duyarlılık, önemseme/ciddiyet ve engel algısı olmak üzere birbirinden bağımsız kullanılabilen beş alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme kesinlikle katılmıyorum dan "1", kesinlikle katılıyorum "5" şeklinde yapılmıştır. Ölçekte negatif soru bulunmamaktadır. Ölçekte her boyutun toplam puan ortalaması ayrı ayrı değerlendirilmekte ve tek bir toplam puanda birleştirilmemektedir. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri ölçeğin

orijinalinde algılanan öz yeterlilik ve motivasyon için 0,977, algılanan fayda için 0,946, algılanan hassasiyet için 0,932, algılanan önemseme/ciddiyet için 0,953, algılanan engel için ise 0,909'dur (59). Bizim çalışmamızda bulunan Cronbach alfa değerleri ise algılanan öz yeterlilik ve motivasyon için 0,913, algılanan fayda için 0,910, algılanan hassasiyet için 0,833, algılanan önemseme/ciddiyet için 0,845, algılanan engel için ise 0,865'dir.

Gebelik şekli tercihi ve sebebi 2 soru olarak anket sonuna eklenmiştir.

3.7. Verilerin İstatiksel Analizleri

Veri analizleri, IBM SPSS Statistics for Windows sürüm 26.0 (IBM Corp., NY, USA) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Nicel veriler, ortalama $\pm$ standart sapma formatında sunulmuştur. İki bağımsız grubun değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grupların değerlendirilmesinde, Kruskal Wallis – H testi ve gruplar arası farkın ikili karşılaştırmalarında Dunn Bonferroni testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) ile gösterilmiştir. Nicel değişkenler Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Spearman Korelasyon katsayısı için referans değerler; $r = 0,00-0,19$ arası ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki, $r = 0,20-0,39$ arası zayıf (düşük düzeyde) ilişki, $r = 0,40-0,69$ arası orta düzeyde ilişki, $r = 0,70-0,89$ arası kuvvetli (yüksek düzeyde) ilişki, $r = 0,90-1,00$ arası çok kuvvetli düzeyde ilişki olarak alınmıştır (60).

3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma Afyon ilinde Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde tek merkezde yürütülmüş devlet hastanesi ve özel hastaneler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu durum katılımcı popülasyonu çeşitliliğini azaltmakta dolayısıyla elde edilen verileri etkilemektedir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma nullipar olan son trimesterdeki 384 gebe ile yapıldı. Tanımlayıcı özellikler, gebelerin sosyodemografik özellikleri ile obstetrik ve psikososyal özellikleri olarak iki şekilde incelendi. Sosyodemografik özellikler; yaş, eğitim seviyesi, meslek, ekonomik durum, ikamet edilen yer, eşin eğitim durumu ve mesleği olarak ele alınmıştır. Obstetrik ve psikososyal özellikler ise gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik boyunca alınan eğitim ve danışmanlık durumu, gebelikle ilgili bilgi kaynakları, gebelik sürecinde yaşanan sağlık sorunları, gebelikte alkol/sigara kullanımı, aile ve çevrenin doğum şekli tercihinin yönelik tavsiyeleri, dini ve kültürel inançların doğum şekli tercihinin etkileyip etkilemediği, kişilik özellikleri ve yaşam koşullarına göre stres seviyesi, gebelik boyunca aile desteğinin varlığı ve gebelik hakkında sahip olunan bilgi düzeyi şeklinde incelenmiştir.

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş: Çalışmaya katılan gebeler 3 farklı yaş aralığı grubunda değerlendirildi. Katılımcıların %42,4'ü (n=163) 25-29 yaş aralığındadır.

Eğitim: Katılımcılar eğitim düzeylerine göre 3 grupta incelendi. Katılımcıların %35,4'ü (n=136) üniversite veya yüksek lisans mezunudur.

Meslek: Katılımcılar mesleklerine göre 5 grupta incelendi. Katılımcıların %71,9'u (n=276) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Algılanan gelir durumu: Katılımcılar algıladıkları gelir durumuna göre 3 grupta incelendi. Katılımcıların %74,7'si (n=287) gelir durumunu “orta” olarak tanımlamıştır.

Aylık gelir durumu: Aylık gelir durumu asgari ücret baz alınarak 3 grupta incelendi. Katılımcıların %47,4'ü (n=182) asgari ücretin üstünde gelir beyan etmiştir.

İkamet yeri: Yaşanılan yer açısından katılımcılar 4 grupta incelendi. Katılımcıların %46,4'ü (n=178) il merkezinde yaşamaktadır.

Eşin eğitim durumu: Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyleri 3 grupta incelendi. Eşlerin %37,8'i (n=145) lise mezunudur.

Eşin mesleği: Katılımcıların eşlerinin meslekleri 4 grupta incelendi. Eşlerin %38,5'i (n=148) özel sektörde çalışmaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’ de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	n (%)
Yaş	
18-24	157 (40,9)
25-29	163 (42,4)
30-34	54 (14,1)
35-39	10 (2,6)
Eğitim Durumu	
İlkokul/Ortaokul	116 (30,2)
Lise	132 (34,4)
Üniversite/Yüksek Lisans	136 (35,4)
Meslek	
Çalışmıyorum	276 (71,9)
Öğrenci	2 (0,5)
Kamu	51 (13,3)
Özel sektör	51 (13,3)
Serbest meslek	4 (1,0)
Ekonomik Durum	
Düşük	80 (20,8)
Orta	287 (74,7)
Yüksek	17 (4,4)
Aylık Gelir	
Asgari ücret altı	36 (9,4)
Asgari ücret	166 (43,2)
Asgari ücret üstü	182 (47,4)
Yaşadığı Yer	
Köy	48 (12,5)
Kasaba	68 (17,7)
İlçe	90 (23,4)
İl	178 (46,4)
Eşin Eğitim Durumu	
İlkokul/Ortaokul	96 (25,0)
Lise	145 (37,8)
Üniversite/Yüksek Lisans	143 (37,2)
Eşin Mesleği	
Çalışmıyor	13 (3,4)
Kamu	100 (26,0)
Özel Sektör	148 (38,5)
Serbest Meslek	123 (32,0)

n = Kişi Sayısı

4.1.2. Katılımcıların Obstetrik ve Psikososyal Özellikleri

Gebeliğin planlı olma durumu: Katılımcılara gebeliklerinin planlı olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %77,6'sı (n=298) gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmiştir.

Gebelik boyunca eğitim ve danışmanlık alma durumu: Katılımcıların gebelik süresince eğitim ve danışmanlık alıp almadıkları incelendiğinde %76,3'ü (n=293) danışmanlık almadığını ifade etmiştir.

Gebelikte ilgili bilgi kaynakları: Katılımcılara gebelik boyunca başvurdukları bilgi kaynakları, 6 grupta birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri şekilde sorulmuştur. Katılımcıların %27,4'ünün bilgi kaynağı sağlık personeli.

Gebelik boyunca yaşanan sağlık sorununun varlığı: Katılımcılara gebelik süresince bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, %91,4'ü (n=351) herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir.

Gebelikte sigara kullanımı: Katılımcıların sigara kullanımı 3 grupta incelenmiştir. %79,4 ü (n=305) sigara kullanmadığını belirtmiştir.

Gebelikte alkol kullanımı: Katılımcıların alkol kullanımı 3 grupta incelenmiştir. %92,2'si (n=354) alkol kullanmadığını belirtmiştir.

Gebenin aile ve çevresinin doğum şekli tavsiyeleri: Katılımcıların aile ve çevresinin doğum şekli tavsiyeleri 4 grupta incelenmiştir. Katılımcılara aile ve çevreleri tarafından %54,2 (n=208) normal (vajinal) doğum önerildiği görülmüştür.

Dini ve kültürel inançların doğum şekli tercihinin etkisi: Katılımcıların dini ve kültürel inançlarının doğum şekli tercihinin etkisinin olup olmadığı 3 grupta incelenmiştir. %80,2'si (n=308) dini ve kültürel inançlarının doğum şekli tercihinin etkilemediğini belirtmiştir.

Kişilik özellikleri ve yaşam koşullarına göre gebenin stres seviyesi: Katılımcılardan kişisel özellikleri ve yaşam şekillerine göre stres seviyelerini 3 grupta değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların %62'si (n=238) stres seviyesini “orta” olarak nitelendirmiştir.

Gebelik boyunca eş ve aile desteğinin varlığı: Katılımcılara gebelik süresince eş ve aile desteği alıp almadığı sorulmuştur. %93,2'si (n=358) eş ve ailelerinden destek aldığını ifade etmiştir.

Gebelik hakkında bilgi düzey seviyesi: Katılımcılardan gebelik hakkında sahip oldukları bilgi düzeylerini 3 grupta değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların

%64,6'sı (n=248), gebelik ve doğum hakkındaki bilgi düzeyini “orta” olarak nitelendirmiştir.

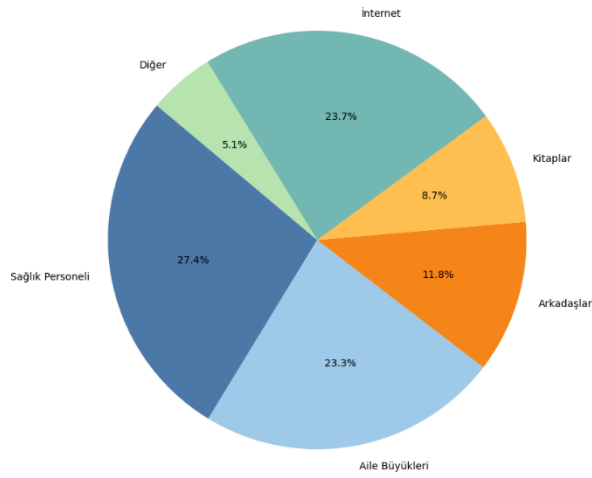
Katılımcıların obstetrik ve psikososyal özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Obstetrik ve Psikososyal Özellikleri

Özellikler	n (%)
Gebelik planlı mı?	
Evet	298 (77,6)
Hayır	86 (22,4)
Danışmanlık aldınız mı?	
Evet	91 (23,7)
Hayır	293 (76,3)
Sağlık sorunu yaşadınız mı?	
Hayır	351 (91,4)
Evet	33 (8,6)
Sigara kullanımı	
Hiç Kullanmadım	305 (79,4)
Bıraktım	43 (11,2)
Kullanıyorum	36 (9,4)
Alkol kullanımı	
Hiç Kullanmadım	354 (92,2)
Bıraktım	23 (6,0)
Kullanıyorum	7 (1,8)
Çevrenin doğum tavsiyesi	
Normal doğum	208 (54,2)
Sezaryen	24 (6,3)
Karar bana bırakılıyor	124 (32,3)
Fikrim yok	28 (7,3)
İnanç Etkisi	
Evet	40 (10,4)
Hayır	308 (80,2)
Kısmen	36 (9,4)
Stres Seviyesi	
Yüksek	91 (23,7)
Orta	238 (62,0)
Düşük	55 (14,3)
Aile Desteği	
Evet	358 (93,2)
Hayır	26 (6,8)
Bilgi Seviyesi	
Yeterli	109 (28,4)
Orta düzeyde	248 (64,6)
Yetersiz	27 (7,0)

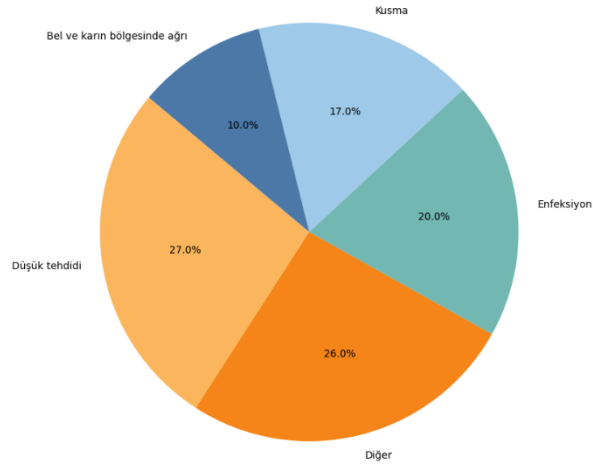
n = Kişi Sayısı

Katılımcıların gebelik hakkında bilgi edinmede kullandıkları kaynakların dağılımı: Katılımcıların bilgi edinme kaynaklarının başında %27,4 ile sağlık personeli gelmektedir. İnternet ve sosyal medya ise %23,7 ile sağlık personelinden sonra en sık tercih edilen bilgi kaynağıdır. Aile büyükleri (%23,3) de önemli bir bilgi kaynağı olarak öne çıkmaktadır. Katılımcıların bir kısmı bilgiyi arkadaşlarından (%11,8) almıştır. Kitaplar (%8,7) daha az tercih edilen bir bilgi kaynağı olsa da bilgi edinme sürecinde hâlâ rol oynamaktadır. Diğer bilgi kaynakları (%5,1) en az kullanılan kategori olarak belirtilmiştir. (Şekil 3)



Şekil 3. Bilgi Kaynakları Dağılımı

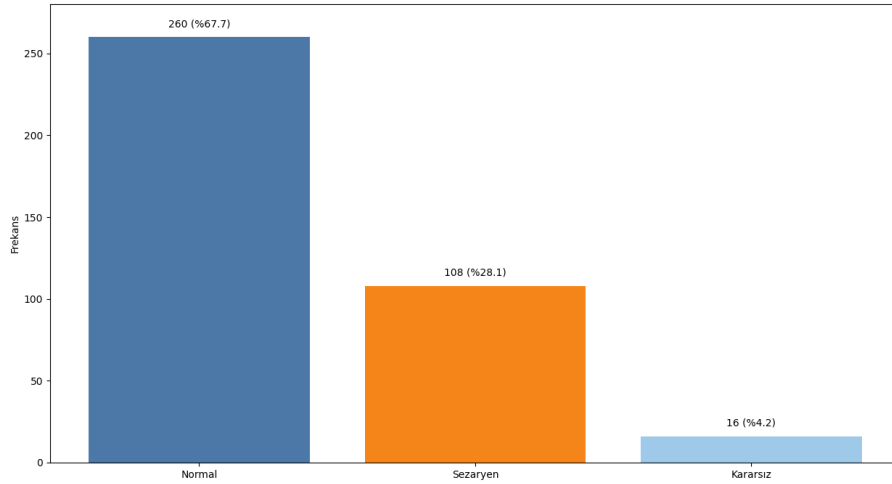
Katılımcıların gebelik boyunca yaşadıkları sağlık sorunlarının dağılımı: Katılımcılara gebelikleri boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve yaşadıkları sağlık sorunlarını açık uçlu olarak belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların gebelik boyunca yaşadıkları sağlık sorunları verilen cevaplara göre 5 başlık altında toplanmıştır. %27 ile düşük tehdidi ilk sıradadır. %26 ile diğer sağlık problemleri (diş problemleri, kaşıntı, varis, baş ağrısı, kolestaz) ikinci sıradadır. Gebelerin sağlık sorunlarının %20'sini ise enfeksiyonlar (üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu), %17'sini kusma ve %10'unu bel ve karın bölgesinde ağrı oluşturmuştur. (Şekil 4)



Şekil 4. Gebelik boyunca yaşanan sağlık sorunları dağılımı

4.2. Katılımcıların Tercih Ettikleri Doğum Şekli Dağılımı

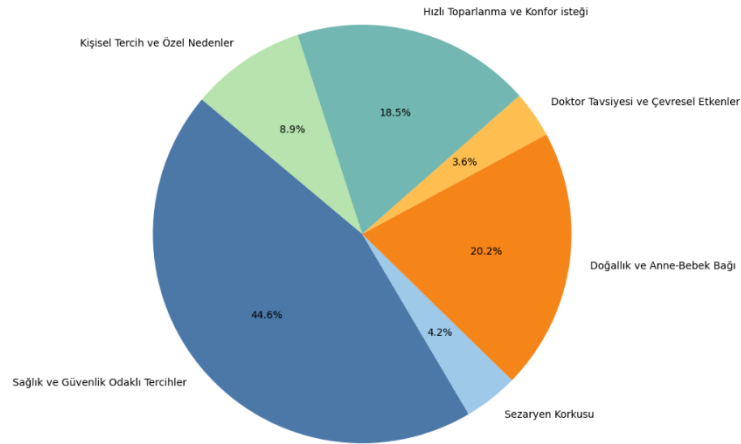
Gebelere (n=384) doğum şekli tercihi sorulduğunda %67,7'si (n=260) normal doğumu tercih etmiştir. %28,12'si (n=108) sezaryen doğum tercih ederken %4,2'si (n=16) ise kararsız olduklarını belirtmiştir. (Şekil 5)



Şekil 5. Katılımcıların doğum şekli tercihleri dağılımı

4.2.1. Normal Doğum Tercih Nedenleri

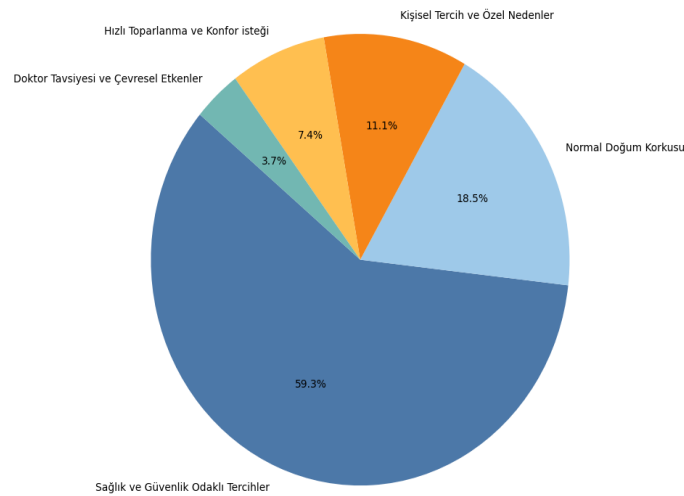
Araştırmaya katılan gebelere doğum şekli tercihlerinde etkili olan nedenler açık uçlu soru ile sorulmuş; verilen cevaplar normal doğum tercih edenlerde 6 başlık altında toplanmıştır. Tercih nedenlerinin başında %44,6 ile “sağlık ve güvenlik odaklı tercihler” (anne ve bebek sağlığı açısından daha iyi olduğunu düşünme, sezaryen komplikasyonlarının daha fazla olduğunu düşünme) yer almıştır. %20,2’sini “doğallık ve anne-bebek bağı” (yıllardır süregelen doğal ve fizyolojik bir olay olması, ten tene temasın ve anne sütünün erken gelmesi ile emzirmenin hemen başlaması, anne ve bebek arasındaki iletişimin daha güçlü olması) oluşturmuştur. %18,5 ini “hızlı toparlanma ve konfor isteği” (annenin çabuk iyileşmesi, bebeğini daha rahat kucaklayabilmesi ve ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olmaması) oluşturmuştur. %8,9’unu “kişisel tercih ve özel nedenler” (estetik kaygı, hızlı kilo verme isteği, birden fazla çocuk isteme) oluşturmuştur. %3,6’sını ise “doktor tavsiyesi ve çevresel etkenler” (doktorların tavsiyeleri, aile ve çevresinden duyduğu olumlu yaşanmışlıklar) oluşturmuştur. (Şekil 6)



Şekil 6. Normal doğum tercih nedenleri

4.2.2. Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri

Araştırmaya katılan gebelere doğum şekli tercihlerinde etkili olan nedenler açık uçlu soru ile sorulmuş verilen cevaplar sezaryen doğum tercih edenlerde 5 başlık altında toplanmıştır. Tercih nedenlerinin başında %59,3 ile “sağlık ve güvenlik odaklı tercihler” (anne ve bebek sağlığı açısından sezaryeni daha güvenilir bulma, normal doğumun komplikasyonlarının daha fazla olduğunu düşünme) yer almıştır. %18,5’ini “normal doğum korkusu” (doğumun çok ağrılı geçeceğini düşünme, doğum anında kontrolünü kaybetme, ıkınamamaktan korkma) oluşturmuştur. %11,1’ini “kişisel tercih ve özel nedenler” (az sayıda çocuk istemi, estetik kaygı) oluşturmuştur. %7,4’sini “hızlı toparlanma ve konfor isteği” (doğum zamanının planlanabilmesi, sezaryen ağrısının doğum ağrısından az olacağını düşünme ve normal doğumda olası organ yaralanmaları sonrası iyileşmenin uzun süreceğini düşünme) oluşturmuştur. %3,7’sini ise “doktor tavsiyesi ve çevresel etkenler” (doktorların tavsiyeleri ile aile ve çevresinden duyduğu olumlu yaşamışlıklar) oluşturmuştur. (Şekil 7)



Şekil 7. Sezaryen doğum tercih nedenleri

4.3. SNÖ Toplam Puan Ortalaması ile DSIÖ Alt Boyut Puan Ortalaması Dağılımı

Araştırmaya katılan gebelerin SNÖ toplam puan ortalaması ile DSIÖ alt boyut puan ortalaması verilmiştir. Buna göre, SNÖ puan ortalaması $40,95 \pm 11,29$ olarak bulunmuştur. Doğum Sağlık İnanç Ölçeği Özyeterlilik ve Motivasyon Algısı alt

boyutu puan ortalaması $40,95 \pm 7,58$ olarak, Yarar Algısı alt boyutu puan ortalaması $29,93 \pm 6,07$ olarak, Duyarlılık Algısı alt boyutu puan ortalaması $12,54 \pm 4,12$ olarak, Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyutu puan ortalaması $14,03 \pm 4,36$ olarak ve Engel Algısı alt boyutu puan ortalaması da $13,72 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların SNÖ toplam puan ortalaması ve DSİÖ alt boyut puan ortalaması dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. SNÖ Toplam Puan Ortalaması ve DSİÖ Alt Boyut Puan Ortalaması Dağılımı

Özellikler	Min - Max	Ortalama $\pm$ SS
Sezaryen Niyet Ölçeği	18,00 - 90,00	$40,95 \pm 11,29$
Doğum Sağlık İnanç Ölçeği		
Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	11,00 - 55,00	$40,95 \pm 7,58$
Yarar Algısı	8,00 - 40,00	$29,93 \pm 6,07$
Duyarlılık Algısı	5,00- 25,00	$12,54 \pm 4,12$
Önemseme/Ciddiyet Algısı	5,00 - 25,00	$14,03 \pm 4,36$
Engel Algısı	5,00 - 25,00	$13,72 \pm 4,59$

SS = Standart Sapma

4.4. Demografik Değişkenlerle Göre SNÖ Toplam Puanın Karşılaştırılması

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların yaşları, eğitim durumları, meslekleri, ekonomik durumları, ikamet yerleri, eşlerinin eğitim düzeyi durumu, eşlerinin mesleği SNÖ toplam puanı ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre SNÖ toplam puanı değerlendirildiğinde ilkökul/ortaokul, lise ve üniversite/yüksek lisans grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$). Bu fark ilkökul/ortaokul grubunun SNÖ puanının hem lise hem de üniversite/yüksek lisans gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. İlkokul/ortaokul mezunlarının puanı $43,74 \pm 10,71$, lise mezunlarının $39,96 \pm 11,01$ ve üniversite/yüksek lisans mezunlarının $39,54 \pm 11,68$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların yaş, meslek, ekonomik durum, ikamet yeri, eşlerinin eğitim düzeyi, eşlerinin mesleği SNÖ toplam puanı ile değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Demografik değişkenler ile SNÖ toplam puanının karşılaştırılması Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Demografik Değişkenler ile SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	SNÖ Toplam Puanı Ortalama $\pm$ SS
Yaş*		
18-24	157 (40,9)	40,69 $\pm$ 10,30
25-29	163 (42,4)	41,35 $\pm$ 12,05
30-34	54 (14,1)	39,93 $\pm$ 11,95
35-39	10 (2,6)	44,10 $\pm$ 10,31
p = 0,671		
Eğitim Durumu*		
İlkokul/Ortaokul	116 (30,2)	43,74 $\pm$ 10,71
Lise	132 (34,4)	39,96 $\pm$ 11,01
Üniversite/Yüksek Lisans	136 (35,4)	39,54 $\pm$ 11,68
p = 0,009		
Meslek*		
Çalışmıyorum	276 (71,9)	40,83 $\pm$ 10,85
Öğrenci	2 (0,5)	46,50 $\pm$ 12,02
Kamu	51 (13,3)	41,96 $\pm$ 12,43
Özel sektör	51 (13,3)	41,04 $\pm$ 12,52
Serbest meslek	4 (1,0)	32,75 $\pm$ 10,81
p = 0,624		
Ekonomik Durum*		
Düşük	80 (20,8)	41,31 $\pm$ 9,97
Orta	287 (74,8)	40,76 $\pm$ 11,45
Yüksek	17 (4,4)	42,53 $\pm$ 14,56
p = 0,886		
Yaşadığı Yer*		
Köy	48 (12,5)	40,29 $\pm$ 12,28
Kasaba	68 (17,7)	40,22 $\pm$ 9,40
İlçe	90 (23,4)	40,81 $\pm$ 11,31
İl	178 (46,4)	41,48 $\pm$ 11,71
p = 0,728		
Eşin Eğitim Durumu*		
İlkokul/Ortaokul	96 (25,0)	43,07 $\pm$ 10,63
Lise	145 (37,8)	40,38 $\pm$ 10,75
Üniversite/Yüksek Lisans	143 (37,2)	40,11 $\pm$ 12,11
p = 0,087		
Eşin Mesleği*		
Çalışmıyor	13 (3,4)	43,85 $\pm$ 11,04
Kamu	100 (26,0)	40,81 $\pm$ 11,64
Özel Sektör	148 (38,6)	40,16 $\pm$ 11,17
Serbest Meslek	123 (32,0)	41,72 $\pm$ 11,20
p = 0,560		

*Kruskal Wallis – H testi, n = Kişi Sayısı, SS = Standart Sapma

4.5. Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların obstetrik ve psikososyal özellikleri SNÖ toplam puanı ile değerlendirilmiştir. “Aileniz ve çevrenizin doğum şekli konusundaki tavsiyeleri nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar (normal doğum önerilenler, sezaryen doğum önerilenler, karar bana bırakılıyorlar ve fikrim yok) SNÖ açısından incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark sezaryen tavsiyesi alan grubun SNÖ toplam puanının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. “Sezaryen” tavsiyesi alan grubun puanı $52,75\pm9,48$ ile en yüksek olup, “Normal doğum” tavsiyesi alan grubun puanı $38,75\pm11,40$ ise en düşük düzeydedir. Planlı gebelik durumu, danışmanlık alma durumu, sağlık sorunu varlığı, sigara ve alkol kullanımı, inanç etkisi, stres seviyesi, aile desteği ve bilgi seviyesi değişkenleriyle SNÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Obstetrik ve psikososyal değişkenler ile SNÖ toplam puanının karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	SNÖ Toplam Puanı Ortalama $\pm$ SS
Gebelik planlı mı?*		
Evet	298 (77,6)	41,05 $\pm$ 11,29
Hayır	86 (22,4)	40,63 $\pm$ 11,35
p = 0,917		
Danışmanlık aldınız mı?*		
Evet	91 (23,7)	41,79 $\pm$ 11,66
Hayır	293 (76,3)	40,69 $\pm$ 11,18
p = 0,474		
Sağlık sorunu yaşadınız mı?*		
Evet	33 (8,6)	40,61 $\pm$ 12,48
Hayır	351 (91,4)	40,99 $\pm$ 11,19
p = 0,728		
Sigara Kullanımı*		
Kullanıyorum	36 (9,4)	41,61 $\pm$ 10,53
Bıraktım	43 (11,2)	40,58 $\pm$ 10,61
Hiç Kullanmadım	305 (79,4)	40,93 $\pm$ 11,49
p = 0,763		
Alkol Kullanımı*		
Kullanıyorum	7 (1,8)	35,29 $\pm$ 8,34
Bıraktım	23 (6)	44,26 $\pm$ 10,94
Hiç Kullanmadım	354 (92,2)	40,85 $\pm$ 11,32
p = 0,067		
Çevrenin Doğum Tavsiyesi*		
Normal doğum	208 (54,2)	38,75 $\pm$ 11,40
Sezaryen	24 (6,3)	52,75 $\pm$ 9,48
Karar bana bırakılıyor	124 (32,3)	41,48 $\pm$ 10,28
Fikrim yok	28 (7,3)	44,82 $\pm$ 8,68
p < 0,001		
İnanç Etkisi*		
Evet	40 (10,4)	37,90 $\pm$ 10,41
Hayır	308 (80,2)	41,17 $\pm$ 11,12
Kısmen	36 (9,4)	42,50 $\pm$ 13,21
p = 0,151		
Stres Seviyesi*		
Yüksek	91 (23,7)	42,81 $\pm$ 12,43
Orta	238 (62)	40,63 $\pm$ 10,69
Düşük	55 (14,3)	39,25 $\pm$ 11,64
p = 0,157		
Aile Desteği**		
Evet	358 (93,2)	40,77 $\pm$ 11,44
Hayır	26 (6,8)	43,54 $\pm$ 8,64
p = 0,141		
Bilgi Seviyesi*		
Yeterli	109 (28,4)	42,03 $\pm$ 12,48
Orta düzeyde	248 (64,6)	40,74 $\pm$ 10,89
Yetersiz	27 (7)	38,56 $\pm$ 9,54
p = 0,454		

*Kruskal Wallis – H testi , **Mann Whitney –U testi ,n = Gebe Sayısı, SS = Standart Sapma

4.6. Doğum Şekli Tercihinin SNÖ Toplam Puanıyla Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan gebelerin doğum şekli tercihlerine göre SNÖ toplam puanı ortalamaları, normal doğum tercih edenlerde $36,90 \pm 9,28$ olup, sezaryen doğum tercih edenlerde $50,42 \pm 9,73$ ve kararsız grupta $43,00 \pm 12,44$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, üç grup arasında SNÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($p < 0,05$). Bu farklılık sezaryen tercih eden ve normal doğum tercih eden gruplar arasından kaynaklanmaktadır. En yüksek puan sezaryen doğum tercih edenlerde, en düşük puan normal doğum tercih edenlerde saptanmış, kararsız grubun ortalaması ise bu iki değer arasında yer almıştır. Doğum şekli tercihinin SNÖ toplam puanıyla değerlendirilmesi Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Doğum Şekli Tercihinin SNÖ Toplam Puanıyla Değerlendirilmesi

Doğum Şekli Tercihi*	n (%)	SNÖ Toplam Puanı Ortalama $\pm$ SS
Normal	260 (67,7)	$36,90 \pm 9,28$
Sezaryen	108 (28,1)	$50,42 \pm 9,73$
Kararsız	16 (4,2)	$43,00 \pm 12,44$
p < 0,001		

*Kruskal Wallis – H testi, n = Gebe Sayısı, SS = Standart Sapma

4.7 DSİÖ Alt Boyutlarının Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri ile DSİÖ alt boyut puanları değerlendirilmiştir. Yaş grupları ve DSİÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında yaş grupları ile “Duyarlılık Algısı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu fark 35–39 yaş grubu ile 18-24 yaş grubu arasından kaynaklanmaktadır. 35-39 yaş grubu duyarlılık algısı puanı $16,70 \pm 4,00$ olarak en yüksek saptanmıştır. DSİÖ alt boyutlarından öz yeterlilik ve motivasyon algısı, yarar algısı, önemseme/ciddiyet algısı, engel algısı ile yaş grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları ve DSİÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında, eğitim durumları ile “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı” arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark ilköğ/ortaokul mezunlarının öz yeterlilik ve motivasyon algısı puanının hem lise hem de üniversite/yüksek lisans mezunlarından anlamlı derecede düşük olmasından

kaynaklanmaktadır. İlkokul/ortaokul mezunlarının puanı $38,92 \pm 8,15$ iken lise mezunlarında $41,63 \pm 7,37$ ve üniversite/yüksek lisans mezunlarında $42,02 \pm 6,96$ olarak bulunmuştur. Ayrıca, eğitim durumları ile “Duyarlılık Algısı” arasında da anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu fark, lise mezunlarının duyarlılık algısının, ilkokul/ortaokul mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. İlkokul/ortaokul mezunlarının duyarlılık algısı puanı $13,33 \pm 4,33$ iken lise mezunlarında $11,86 \pm 3,88$ ve üniversite/yüksek lisans mezunlarında $12,54 \pm 4,07$ olarak saptanmıştır. “Önemseme/Ciddiyet Algısı”, “Engel Algısı” ve “Yarar Algısı” alt boyutları açısından ise eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin meslekleri ile “Engel Algısı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu farklılık kamu çalışanları engel algısı puanının çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Kamu çalışanları engel algısı puanı $15,57 \pm 4,98$ ve çalışmayan grubun puanı $13,29 \pm 4,46$ olarak bulunmuştur. Gebelerin meslekleri ile “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı”, “Yarar Algısı”, “Duyarlılık Algısı” ve “Önemseme/Ciddiyet Algısı” arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,005$).

Araştırmaya katılan gebelerin ekonomik durumları ile “Önemseme/Ciddiyet Algısı” arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark ekonomik durumunu “düşük” olarak niteleyen grup ile ekonomik durumunu “orta” olarak niteleyen gruplar arasından kaynaklanmaktadır. Ekonomik durumu “düşük” olan grubun önemseme/ciddiyet algısı puanı $15,34 \pm 4,96$ iken “orta” olan grubun $13,66 \pm 4,24$ ve “yüksek” olan grubun $14,06 \pm 4,96$ olarak saptanmıştır. Gebelerin ekonomik durumları ile “Engel Algısı”, “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı”, “Yarar Algısı” ve “Duyarlılık Algısı” arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin ikamet yeri (köy, kasaba, ilçe ve il) ile DSİÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı” arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark ilkokul/ortaokul mezunu eşe sahip katılımcıların öz yeterlilik ve motivasyon puanının hem lise hem de üniversite/yüksek lisans mezunu eşe sahip katılımcılardan anlamlı derecede düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Eşi ilkokul/ortaokul mezunu olanların puanı $37,84 \pm 7,57$, lise mezunu olanlarda $42,70 \pm 6,59$ ve üniversite/yüksek lisans

mezunu olanlarda $41,26 \pm 7,92$ olarak saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin eğitim durumları ve “Yarar Algısı” arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bu fark ilkokul/ortaokul mezunu eşi sahip katılımcıların yarar algısı puanının hem lise hem de üniversite/yüksek lisans grubundan düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Eşi ilkokul/ortaokul mezunu olanlarda puanı $28,21 \pm 6,85$, lise mezunu olanlarda $30,59 \pm 5,57$ ve üniversite/yüksek lisans mezunu olanlarda $30,42 \pm 5,83$ olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumları ve “Engel Algısı” arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Bu fark, lise mezunu eşi sahip katılımcıların, ilkokul/ortaokul mezunu ve üniversite/yüksek lisans mezunu eşi sahip katılımcılardan oluşan gruplardan anlamlı derecede düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Eşi ilkokul/ortaokul mezunu olanların engel algısı puanı $14,30 \pm 4,60$, lise mezunu olanlarda $12,74 \pm 4,37$ ve üniversite/yüksek lisans mezunu olanlarda $14,32 \pm 4,66$ olarak saptanmıştır. Eşlerin eğitim durumları ile “Duyarlılık Algısı” ve “Önemseme/Ciddiyet Algısı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin meslek grupları ile DSIÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların DSIÖ alt boyutlarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. DSİÖ Alt Boyutlarının Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Önemseme/Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
Yaş*		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
18-24	157 (40,9)	41,31 ± 7,42	30,37 ± 5,67	12,30 ± 3,87	14,26 ± 4,42	13,28 ± 4,59
25-29	163 (42,4)	41,02 ± 7,48	29,62 ± 5,95	12,38 ± 4,03	13,79 ± 4,22	13,80 ± 4,53
30-34	54 (14,1)	40,74 ± 8,10	29,72 ± 7,36	12,96 ± 4,76	14,26 ± 4,53	14,13 ± 4,62
35-39	10 (2,6)	35,20 ± 7,51	29,20 ± 7,00	16,70 ± 4,00	12,90 ± 5,04	17,20 ± 4,42
p		0,118	0,639	0,016	0,757	0,079
Eğitim Durumu*						
İlkokul/Ortaokul	116 (30,2)	38,92 ± 8,15	28,87 ± 6,65	13,33 ± 4,33	14,25 ± 4,03	13,97 ± 4,54
Lise	132 (34,4)	41,63 ± 7,37	30,26 ± 5,79	11,86 ± 3,88	14,34 ± 4,45	13,19 ± 4,55
Üniversite/Yüksek Lisans	136 (35,4)	42,02 ± 6,96	30,51 ± 5,75	12,54 ± 4,07	13,53 ± 4,52	14,03 ± 4,66
p		0,008	0,299	0,048	0,352	0,327
Meslek*						
Çalışmıyorum	276 (71,9)	41,17 ± 7,67	30,00 ± 6,15	12,35 ± 4,07	13,81 ± 4,28	13,29 ± 4,46
Öğrenci	2 (0,5)	41,00 ± 0,00	25,50 ± 6,36	14,50 ± 2,12	15,50 ± 6,36	13,50 ± 0,71
Kamu	51 (13,3)	40,92 ± 6,86	29,69 ± 5,67	13,55 ± 4,50	14,86 ± 4,85	15,57 ± 4,98
Özel sektör	51 (13,3)	39,65 ± 8,03	29,67 ± 6,24	12,57 ± 4,03	14,08 ± 4,23	14,12 ± 4,52
Serbest meslek	4 (1)	42,50 ± 6,24	33,50 ± 3,87	11,50 ± 3,87	16,75 ± 4,35	15,25 ± 5,91
p		0,699	0,432	0,299	0,260	0,038
Ekonomik Durum*						
Düşük	80 (20,8)	40,36 ± 6,46	29,20 ± 6,82	12,71 ± 3,83	15,34 ± 4,46	13,81 ± 4,28
Orta	287 (74,7)	41,03 ± 7,89	30,06 ± 5,85	12,51 ± 4,18	13,66 ± 4,24	13,55 ± 4,59
Yüksek	17 (4,4)	42,35 ± 7,22	31,18 ± 6,00	12,29 ± 4,61	14,06 ± 4,96	16,12 ± 5,60
p		0,574	0,334	0,831	0,012	0,160

Tablo 7. DSİÖ Alt Boyutlarının Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması (Devamı)

Özellikler	n (%)	Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Önemseme/Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
Yaşadığı Yer*						
Köy	48 (12,5)	40,27 ± 6,14	29,96 ± 6,51	12,77 ± 4,33	15,10 ± 4,04	13,00 ± 4,44
Kasaba	68 (17,7)	41,43 ± 6,13	29,40 ± 4,82	12,18 ± 4,07	13,74 ± 4,26	13,63 ± 4,03
İlçe	90 (23,4)	41,08 ± 8,50	30,33 ± 7,22	12,26 ± 3,85	13,68 ± 4,40	12,94 ± 4,82
İl	178 (46,4)	40,89 ± 7,97	29,92 ± 5,78	12,76 ± 4,23	14,02 ± 4,45	14,34 ± 4,65
p		0,720	0,330	0,617	0,283	0,181
Eşin Eğitim Durumu*						
İlkokul/Ortaokul	96 (25)	37,84 ± 7,57	28,21 ± 6,85	13,09 ± 3,89	14,39 ± 4,15	14,30 ± 4,60
Lise	145 (37,8)	42,70 ± 6,59	30,59 ± 5,57	12,08 ± 3,99	13,91 ± 4,46	12,74 ± 4,37
Üniversite/Yüksek Lisans	143 (37,2)	41,26 ± 7,92	30,42 ± 5,83	12,64 ± 4,37	13,90 ± 4,41	14,32 ± 4,66
p		<0,001	0,020	0,131	0,752	0,016
Eşin Mesleği*						
Çalışmıyor	13 (3,4)	41,08 ± 7,73	28,23 ± 7,68	13,00 ± 3,24	14,62 ± 4,68	15,77 ± 4,07
Kamu	100 (26)	41,53 ± 8,03	30,23 ± 6,30	12,27 ± 4,35	13,70 ± 4,68	14,16 ± 5,09
Özel Sektör	148 (38,5)	41,03 ± 7,02	30,01 ± 5,43	12,80 ± 4,00	14,27 ± 4,25	13,78 ± 4,50
Serbest Meslek	123 (32)	40,37 ± 7,88	29,77 ± 6,47	12,40 ± 4,18	13,93 ± 4,22	13,08 ± 4,25
p		0,915	0,503	0,521	0,765	0,142

* Kruskal Wallis – H testi, n = Kişi Sayısı, SS = Standart Sapma

4.8. DSİÖ Alt Boyutlarının Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan gebeler, gebeliği planlı olanlar ve olmayanlar olarak DSİÖ alt boyutları ile değerlendirildiğinde tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebeler danışmanlık alma durumuna göre DSİÖ alt boyut puan ortalamaları ile değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebeler için sağlık sorunu yaşayanlar ve yaşamayanlar olarak DSİÖ alt boyut puan ortalamaları ile değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebeler sigara ve alkol kullanımı durumlarına göre DSİÖ alt boyut puan ortalamaları ile değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebelere önerilen doğum şekli tavsiyeleri DSİÖ alt boyut puanları ile değerlendirildiğinde doğum şekli tavsiyeleri ile “Öz yeterlilik ve Motivasyon Algısı” arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark normal doğum önerisi alanların öz yeterlilik ve motivasyon algısı puanının sezaryen önerisi alan gruba ve fikrim yok şeklinde belirten gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Normal doğum tavsiyesi alanların öz yeterlilik ve motivasyon algısı puanı $42,44\pm7,18$ ile en yüksek, sezaryen tavsiyesi alan gebelerin puanı ise $36,00\pm6,46$ ile en düşük bulunmuştur. Doğum şekli tavsiyeleri ile “Yarar Algısı” arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Bu fark, Normal doğum tavsiyesi alan grubunun ve "Karar bana bırakılıyor" grubunun, "Fikrim yok" grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek yarar algısı puanlarına sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Normal doğum tavsiyesi alanların yarar algısı puanı $30,92\pm5,94$ ile en yüksek düzeyde, “fikrim yok” diyenlerin puanı ise $25,86\pm7,93$ ile en düşük düzeydedir. Doğum şekli tavsiyeleri ve “Duyarlılık Algısı” arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu fark sezaryen tavsiyesi alan grubun duyarlılık algısı puanının diğer gruplardan anlamlı derecede daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sezaryen tavsiye edilen gebelerin duyarlılık algısı puanı $17,17\pm3,94$ olarak saptanmıştır. Doğum şekli tavsiyeleri ve “Engel Algısı” arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Bu fark, Sezaryen grubu ile “Karar bana bırakılıyor” grubundaki gebelerin engel algısı puanlarının, Normal doğum grubuna göre anlamlı

olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sezaryen tavsiyesi alanların engel algısı puanı $16,04 \pm 3,72$ olup, diğer gruplara göre daha yüksektir. Doğum şekli tavsiyeleri ve önemsenme/ciddiyet alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin dini ve kültürel inançlarının doğum şekli tercihinin olup olmadığı, DSİÖ alt boyutları puanları ile değerlendirildiğinde inançların doğum şekli tercihinin etkisi ile “Duyarlılık Algısı” arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark inançlarının doğum şekline etkisinin olduğunu düşünerek “Evet” diyen grubun puanının etkisinin olmadığını düşünerek “Hayır” diyen grubun puanından anlamlı derecede düşük olmasından kaynaklanmaktadır. İnançlarının doğum şekline etkisinin olduğunu belirten grubun duyarlılık algısı alt boyut puanı $10,78 \pm 4,10$, inançlarının etkisinin olmadığını söyleyen grubun ise $12,77 \pm 4,08$ olarak saptanmıştır. Gebelerin doğum şekli tercihlerinde, inançlarının etkisinin olup olmaması ya da kısmen etkili olması ile “Önemsenme/Ciddiyet Algısı”, “Engel Algısı”, Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı “ve Yarar Algısı” arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin kişisel özellikleri ve yaşam şekillerine göre sahip oldukları stres seviyesi DSİÖ alt boyutları puanları ile değerlendirildiğinde, stres seviyesi ile “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı” arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Bu fark kendini “düşük stresli” olarak gören grubun puanının, “yüksek stresli” olarak niteleyen grubun puanından anlamlı derecede daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Yüksek strese sahip gebelerin öz yeterlilik ve motivasyon alt boyut puanı $39,47 \pm 7,97$ olarak belirlenirken, düşük stres seviyesindekilerin ise $42,60 \pm 7,69$ olarak saptanmıştır. Stres seviyesi ve “Yarar Algısı” arasında da anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark yüksek stres seviyesine sahip grubun puanının orta ve düşük stres seviyesine sahip grupların puanlarından anlamlı derecede düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Yüksek strese sahip gebelerin yarar algısı puanı $28,15 \pm 7,23$, orta seviyede strese sahip olanların $30,37 \pm 5,58$, düşük strese sahip olanların ise $30,96 \pm 5,51$ olarak bulunmuştur. Stres seviyesi ve “Önemseme/Ciddiyet Algısı” arasında da anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu fark, yüksek stres düzeyine sahip grup ile orta ve düşük stres düzeyine sahip gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Yüksek strese sahip gebelerin önemsenme/ciddiyet algısı puanı $13,77 \pm 5,04$ orta strese sahip gebelerin $14,58 \pm 4,11$, düşük strese sahip olanların $12,05 \pm 3,62$ olarak saptanmıştır. Stres seviyesi

ve “Engel Algısı” arasında da anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu fark yüksek strese sahip grubun puanının hem orta hem de düşük strese sahip gruptan anlamlı biçimde daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Yüksek strese sahip gebelerin engel algısı puanı $15,19\pm5,26$, orta strese sahip olanların $13,31\pm4,26$, düşük strese sahip olanların ise $13,07\pm4,32$ olarak saptanmıştır. “Duyarlılık Algısı” ile stres seviyesi arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebeler aile ve eş desteği alanlar ve almayanlar olarak DSIÖ alt boyutları puanları ile değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan gebeler gebelik hakkında sahip oldukları bilgi düzeyleri ve DSIÖ alt boyutları puanları ile değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların DSIÖ alt boyutlarının obstetrik ve psikososyal değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. DSİÖ Alt Boyutlarının Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile Karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Önemseme/Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
Gebelik planlı mı? **		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Evet	298 (77,6)	41,11 ± 7,46	30,01 ± 5,83	12,47 ± 4,15	13,79 ± 4,25	13,84 ± 4,62
Hayır	86 (22,4)	40,40 ± 7,99	29,66 ± 6,90	12,78 ± 4,04	14,86 ± 4,64	13,30 ± 4,50
p		0,693	0,798	0,346	0,091	0,503
Danışmanlık aldınız mı? **						
Evet	91 (23,7)	41,99 ± 6,91	30,87 ± 5,62	12,75 ± 4,34	13,53 ± 4,49	14,14 ± 4,85
Hayır	293 (76,3)	40,63 ± 7,76	29,64 ± 6,19	12,48 ± 4,05	14,18 ± 4,32	13,59 ± 4,51
p		0,211	0,071	0,786	0,292	0,566
Sağlık sorunu yaşadınız mı? **						
Evet	33 (8,6)	41,91 ± 7,04	30,12 ± 5,08	12,21 ± 3,19	14,09 ± 4,37	13,45 ± 4,58
Hayır	351 (91,4)	40,86 ± 7,63	29,91 ± 6,16	12,57 ± 4,20	14,02 ± 4,37	13,75 ± 4,60
p		0,397	0,890	0,781	0,893	0,624
Sigara Kullanımı*						
Kullanıyorum	36 (9,4)	39,00 ± 8,54	30,72 ± 5,96	13,67 ± 3,35	14,22 ± 3,88	13,11 ± 4,72
Bıraktım	43 (11,2)	42,02 ± 7,23	30,56 ± 6,20	11,79 ± 4,10	14,09 ± 5,38	14,14 ± 4,89
Hiç Kullanmadım	305 (79,4)	41,03 ± 7,49	29,75 ± 6,08	12,51 ± 4,19	13,99 ± 4,27	13,73 ± 4,54
p		0,262	0,536	0,106	0,984	0,652
Alkol Kullanımı*						
Kullanıyorum	7 (1,8)	35,71 ± 12,55	29,71 ± 7,52	13,00 ± 4,76	13,29 ± 4,03	10,29 ± 4,82
Bıraktım	23 (6)	39,13 ± 9,39	29,35 ± 6,81	12,74 ± 3,72	12,30 ± 5,07	14,65 ± 6,01
Hiç Kullanmadım	354 (92,2)	41,17 ± 7,30	29,97 ± 6,01	12,52 ± 4,14	14,15 ± 4,30	13,73 ± 4,46
p		0,129	0,540	0,741	0,185	0,124

Tablo 8. DSİÖ Alt Boyutlarının Obstetrik ve Psikososyal Değişkenlere ile Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	n (%)	Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Önemseme/Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
Çevrenin Doğum Tavsiyesi*						
Normal doğum	208 (54,2)	42,44 ± 7,18	30,92 ± 5,94	11,49 ± 3,84	14,31 ± 4,53	12,97 ± 4,47
Sezaryen	24 (6,3)	36,00 ± 6,46	27,75 ± 5,24	17,17 ± 3,94	11,96 ± 3,67	16,04 ± 3,72
Karar bana bırakılıyor	124 (32,3)	40,27 ± 7,20	29,61 ± 5,49	13,23 ± 3,78	13,87 ± 4,19	14,56 ± 4,75
Fikrim yok	28 (7,3)	37,14 ± 9,56	25,86 ± 7,93	13,39 ± 4,30	14,39 ± 4,01	13,64 ± 4,35
p		<0,001	<0,001	<0,001	0,071	0,002
İnanç Etkisi*						
Evet	40 (10,4)	42,73 ± 8,78	31,33 ± 7,53	10,78 ± 4,10	14,75 ± 4,42	12,40 ± 4,41
Hayır	308 (80,2)	40,67 ± 7,31	29,78 ± 5,85	12,77 ± 4,08	13,93 ± 4,31	13,80 ± 4,58
Kısmen	36 (9,4)	41,39 ± 8,33	29,67 ± 6,12	12,53 ± 4,09	14,08 ± 4,75	14,56 ± 4,72
p		0,247	0,720	0,022	0,426	0,152
Stres Seviyesi*						
Yüksek	91 (23,7)	39,47 ± 7,97	28,15 ± 7,23	13,40 ± 4,50	13,77 ± 5,04	15,19 ± 5,26
Orta	238 (62)	41,13 ± 7,33	30,37 ± 5,58	12,31 ± 3,84	14,58 ± 4,11	13,31 ± 4,26
Düşük	55 (14,3)	42,60 ± 7,69	30,96 ± 5,51	12,15 ± 4,51	12,05 ± 3,62	13,07 ± 4,32
p		0,015	0,009	0,34	<0,001	0,030
Aile Desteği**						
Evet	358 (93,2)	41,03 ± 7,58	30,08 ± 6,02	12,47 ± 4,10	14,05 ± 4,34	13,61 ± 4,54
Hayır	26 (6,8)	39,85 ± 7,66	27,92 ± 6,55	13,54 ± 4,26	13,73 ± 4,70	15,31 ± 5,05
p		0,269	0,880	0,147	0,832	0,960
Bilgi Seviyesi*						
Yeterli	109 (28,4)	40,58 ± 8,68	29,79 ± 7,22	13,00 ± 4,19	13,52 ± 4,49	14,05 ± 4,91
Orta düzeyde	248 (64,6)	41,05 ± 7,25	29,86 ± 5,56	12,36 ± 4,14	14,08 ± 4,31	13,61 ± 4,47
Yetersiz	27 (7)	41,56 ± 5,73	31,15 ± 5,60	12,37 ± 3,61	15,52 ± 4,07	13,41 ± 4,47
p		0,964	0,477	0,306	0,950	0,710

* Kruskal Wallis – H testi, **Mann Whitney –U testi n = Kişi Sayısı, SS = Standart Sapma

4.9. Doğum Şekli Tercihinin DSIÖ Alt Boyutları ile Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSIÖ alt boyut puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Tercih edilen doğum şekilleri ile DSIÖ tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSIÖ “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark normal doğum tercih edenler ile sezaryen doğum tercih edenler ve sezaryen doğum tercih edenler ile kararsız kalan gruplar arasından kaynaklanmaktadır. Normal doğumu tercih eden gebelerin öz yeterlilik ve motivasyon algısı puanı $43,53\pm6,75$ olarak saptanırken, sezaryen tercih edenlerde $35,10\pm5,61$, kararsız olanlarda ise $38,44\pm9,37$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSIÖ “Yarar Algısı” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark normal doğum tercih edenler ile sezaryen tercih edenler, sezaryen tercih edenler ile kararsız kalan gruplar arasından kaynaklanmaktadır. Normal doğum tercih eden gebelerin yarar algısı puanı $31,32\pm5,61$ olarak saptanırken, sezaryen tercih edenlerde $27,08\pm5,76$, kararsız olanlarda ise $26,56\pm7,57$ bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSIÖ “Duyarlılık Algısı” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark, sezaryen doğumu tercih eden grubun puanının, kararsız olan grubun ve normal doğumu tercih eden grubun puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, kararsız olan grubun puan ortalaması da normal doğumu tercih eden gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sezaryen doğumu tercih eden gebelerin puanı $16,72\pm2,84$, kararsız olanların $13,19\pm4,07$ ve normal doğumu tercih edenlerin ise $10,77\pm3,21$ olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSIÖ “Önemseme/Ciddiyet Algısı” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark, normal doğumu tercih eden grubun puanın sezaryen doğumu tercih eden gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Normal doğum tercih edenlerin puan ortalaması $14,61\pm4,47$ ve sezaryen tercih edenlerin $12,75\pm3,84$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin tercih ettikleri doğum şekli ile DSİÖ “Engel Algısı” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark, sezaryen doğumu tercih eden grubun puanının, normal doğumu tercih eden ve kararsız olan gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sezaryen tercih edenlerin puan ortalaması $17,39\pm4,31$, normal doğum tercih edenlerin $12,23\pm3,83$ ve kararsız olan grubun ortalaması $13,25\pm4,04$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların DSİÖ alt boyut puan ortalamalarının doğum şekli tercihi ile karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. DSİÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Doğum Şekli Tercihi ile Karşılaştırılması

Doğum Şekli Tercihi*	n (%)	Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Önemseme/Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Normal	260 (67,7)	$43,53 \pm 6,75$	$31,32 \pm 5,61$	$10,77 \pm 3,21$	$14,61 \pm 4,47$	$12,23 \pm 3,83$
Sezaryen	108 (28,1)	$35,10 \pm 5,61$	$27,08 \pm 5,76$	$16,72 \pm 2,84$	$12,75 \pm 3,84$	$17,39 \pm 4,31$
Kararsız	16 (4,2)	$38,44 \pm 9,37$	$26,56 \pm 7,57$	$13,19 \pm 4,07$	$13,13 \pm 4,15$	$13,25 \pm 4,04$
p		<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001

* Kruskal Wallis – H testi, n = Kişi Sayısı, SS = Standart Sapma

4.10. DSİÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Tablo 10’daki verilere göre, ölçeğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu bulgular, doğuma ilişkin farklı algıların birbirleriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı ile Yarar Algısı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=,623$; $p<0,05$) bulunmaktadır. Buna ek olarak, Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısının Engel Algısı ve Duyarlılık Algısı arasında ise negatif ve anlamlı bir ilişkiler vardır (sırasıyla $r=-,459$, $r=-585$; $p<0,05$). Özyeterlilik ve Motivasyon Algısı ile Duyar Algısı Önemseme/Ciddiyet Algısı arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Yarar Algısı ile Duyarlılık Algısı ve Yarar Algısı ile Engel Algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı korelasyonlar vardır. (sırasıyla $r=-,434$, $r=-350$; $p<0,05$). Yarar Algısı ve Önemseme Ciddiyet Algısı arasında önemsenmeyecek düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. ($r= 133$; $p<0,05$).

Duyarlılık Algısı ile Engel Algısı arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir korelasyon vardır ($r=,577$; $p<0,05$). Duyarlılık Algısı ve Önemseme/Ciddiyet Algısı arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$)

Son olarak Önemseme/Ciddiyet Algısı ile Engel Algısı ($r=,162$; $p<0,05$) arasında da önemsenmeyecek düzeyde pozitif bir ilişki görülmektedir. Katılımcıların DSIÖ alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 10'da gösterilmiştir.

4.11. SNÖ ve DSIÖ Arasındaki İlişki

Tablo 10 incelendiğinde, Doğum Sağlık İnancı Ölçeği'nin bazı alt boyutları ile Sezaryen Toplam Puan arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı alt boyutu ile Sezaryen Toplam Puan arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,528$; $p<0,05$). Yarar Algısı ile Sezaryen Toplam Puan arasında ise negatif ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,377$; $p<0,05$). Duyarlılık Algısı ve Engel Algısı ile Sezaryen Toplam Puan arasında pozitif yönlü ilişkiler gözlenmiştir (sırasıyla $r=,538$, $r=,483$; $p<0,05$). Öte yandan, Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyutu ile Sezaryen Toplam Puan arasında bir ilişki görülmemiştir (sırasıyla $r=-0,066$; $p>0,05$) Katılımcıların SNÖ toplam puan ile DSIÖ faktörleri arasındaki ilişkiler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Sezaryen Toplam Puan ile Doğum Sağlık İnancı Ölçeği Faktörleri Arasındaki İlişkiler

Faktörler	Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Önemseme/ Ciddiyet Algısı	Engel Algısı	Sezaryen Toplam Puan
Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı	1	,623*	-,585	,086	-,459*	-,528*
Yarar Algısı	,623*	1	-,434*	,133*	-,350*	-,377*
Duyarlılık Algısı	-,585	-,434*	1	-0,016	,577*	,538*
Önemseme/ Ciddiyet Algısı	,086	,133*	-0,016	1	,162*	-0,066
Engel Algısı	-,459*	-,350*	,577*	,162*	1	,483*
Sezaryen Toplam Puan	-,528*	-,377*	,538*	-0,066	,483*	1

Spearman Korelasyon Testi, * p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

5. TARTIŞMA

Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan nullipar gebelerin yaş dağılımına baktığımızda %42,4'ünü (n=163) 25-29 yaş arasındaki genç yaş kadınlar oluşturmuştur. Sönmez ve Sivaslıoğlu'nun çalışmasında 218 gebenin ilk doğum yaşı ortalaması 22 yıl (61), Vatansever ve Okumuşun 600 katılımcı ile yaptığı çalışmada ise 25.33 ± 4.32 yıl olarak bulunmuştur (62). TÜİK Doğum İstatistikleri Yıllığı'na göre Türkiye'de ilk doğumunu 2023 yılında gerçekleştiren annelerin ortalama yaşı ise 27,0 olup (63) çalışmamıza katılan gebelerin yaş grup ortalamasına benzerlik göstermiştir. İlk doğum yaş ortalamasının önceki yıllara göre artması kadınların eğitim düzeylerinin artması ve evlilik yaşının ilerlemesine bağlı olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %30,2'si (n=116) ilkokul/ortaokul, %34,4'ü (n=132) lise, %35,4'ü (n=136) üniversite veya yüksek lisans düzeyinde eğitim durumuna sahiptir. Bedir ve ark.'nın 232 gebe ile yaptığı çalışmasında bu oran %32,8 (n=76) ilkokul/ortaokul, %32,8 (n=76) lise, %34,5 (n=80) üniversite/yüksek lisans olarak bulunmuştur (64). 317 gebenin katıldığı bir diğer çalışmada ise bu oran ilkokul/ortaokul %0,2 (n=6), %36,3 (n=105) lise, üniversite/yüksek lisans %63,7 (n=195) olarak bulunmuştur (11). Literatürde eğitim düzeyinin farklılık göstermesi bölgeler arasında eğitim seviyesi, gelişmişlik durumu ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %71,9'u (n=276) çalışmamaktadır. Koşan ve ark.'nın Erzurum'da 402 gebe ile yaptığı doğum şekli tercihi araştırmasında % 85,1'i (n= 342) çalışmamaktadır (65). Sönmez ve ark.'nın 419 katılımcı ile yaptığı çalışmada gebelerin %73'ü (n=306) çalışmıyor olarak bulunmuştur (61). 363 gebe ile yapılan kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada ise gebelerin %71,3'ü (n=259) çalışmamaktadır (66). Literatürdeki çalışmalar ile çalışmamızdaki gebelerin çalışma durumu benzer bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan gebeler gelir durumlarını %20,8 (n= 80) düşük, %74,7 (n=287) orta, %4,4 (n=17) yüksek olarak ifade etmiştir. Kahraman ve arkadaşlarının ilk gebeliklerde doğum algısını araştırmak amacıyla 227 katılımcıyla yaptığı

çalışmada ise gelir durumu %21,6 (n=49) düşük, %37,0 (n=84) orta ve %41,4 (n=94) yüksek olarak bulunmuştur (67).

Çalışmamıza katılan gebelerin %12,5'i (n=48) köyde, %17,7'si (n=68) kasabada, %23,4'ü (n=90) ilçede, %46,4'ü (n=178) ilde yaşamaktadır. Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %9,3'ü (n=21) köyde, %7,5'i (n=17) kasabada, %42,72'si (n=92) ilçede, %40,5'i (n=97) ilde yaşamaktadır (67).

Çalışmamıza katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumları %25 (n=96) ilkokul/ortaokul, %37,8 (n=145) lise, %37,2 (n=143) üniversite/yüksek lisans düzeyindedir. Yanılmaz ve ark. çalışmasında (2023) ilk gebeliği olan 300 katılımcının eşlerinin eğitim durumları %7,7 (n=23) ilkokul/ortaokul, %35,3 (n=106) lise, %57 (n=171) üniversite/yüksek lisans olarak bulunmuştur (68).

Çalışmamıza katılan gebelerin eşlerinin mesleklerinin dağılımı %38,5 (n=148) özel sektör, %32,0 (n=123) serbest meslek, %26,0 (n=100) kamu sektörü, %3,4 (n=13) çalışmıyor şeklindedir. Oner ve ark.'nın primipar kadınlarda sosyal faktörlerin doğuma etkisinin incelendiği çalışmada gebelerin eşlerinin meslek dağılımları kamu/özel sektör %64,4 (n=138), serbest meslek %29,6 (n=63), çalışmıyor %6,0 (n=13) olarak bulunmuştur (69).

Literatürdeki sosyodemografik oranların çeşitliliği katılımcı profilinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerden gebeliği planlı olanların oranı %77,6 (n=298), gebelik boyunca eğitim ve danışmanlık alanların oranı ise %23,7 (n=91) olarak bulunmuştur. Yurtsever ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde gebeliğini planladığını belirten katılımcıların oranı %63,8 (n=127), herhangi bir doktordan danışmanlık alanların oranı %26,1 (n=52) olarak bulunmuştur. Her iki çalışmada da planlı gebeliği olanların daha az danışmanlık aldığı görülmüştür. Bu durum planlı gebeliği olan anne adaylarının gebelik sürecine daha hazırlıklı ve bilgili olarak başladığını düşündürülebilir (70).

Gebelik, kadınların anneliğe hazırlanma, plan yapma ve bu süreçte karşılaştıkları fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlama fırsatı buldukları önemli bir dönemdir. Bu süreçte anne adayları, bedensel ve ruhsal

değişimlerinin sebeplerini araştırarak sağlık sorunlarına çözüm bulmayı ve güvenli bir doğum deneyimi yaşamayı amaçlar. Bu doğrultuda yalnızca sağlık çalışanlarına değil, aynı zamanda gazete, internet, kütüphane ve yakın çevrelerine de başvurarak bilgi edinebilirler (71). Çalışmamızda gebelere bilgi edinme kaynakları sorulduğunda en sık başvuru kaynağı %27,4 oranıyla sağlık personeli olduğu bulunmuştur. Hem annenin hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım temel koruyucu hizmetlerdendir. Sağlık Bakanlığı'nın gebelik öncesi izlem rehberine göre gebelik döneminde en az dört izlem yapılmalı ve her izlemde gebelere eğitim ve danışmanlık verilmelidir (72,73). Çalışmamızda başvuru bilgileri kaynaklarının başında sağlık personelinin gelmesi gebelerin yürütülen sağlık hizmetleriyle yakından takip edilmesine ve sağlık personeline olan güveninden kaynaklanıyor olabilir. Batman'ın 2018'de gebe kadınların gebelikleriyle ilgili araştırdığı konular ve bilgi kaynakları çalışmasında gebelerin bilgi kaynağı olarak daha çok sağlık çalışanları ve internete başvurdıkları ortaya çıkmıştır (71). Hollandalı toplam 1922 gebe kadının dahil edildiği bir başka çalışmada ise en sık kullanılan bilgi kaynakları sağlık çalışanları (%91,5), aile veya arkadaşlar (%79,3), web siteleri (%77,9) olarak sıralanmıştır (74). Bizim çalışmamızda internet ve sosyal medya kullanımı %23,7 ile sağlık personelinin en sık tercih edilen bilgi kaynağıdır. TÜİK 2024 verilerine göre internet kullanım oranı 16-74 yaş grubundaki kadınlarda %85,4 olup kadınların %67,9'u interneti sağlıklı ilgili bilgi almak amacıyla kullanmaktadır (75). Bu durum artan teknolojik gelişmeler ve internet kullanımının sağlık alanında bilgi edinmedeki etkisini gösterir niteliktedir. Çalışmamızda aile büyükleri (%23,3) de önemli bir bilgi kaynağı olarak ön çıkmaktadır. Katılımcıların bir kısmı bilgiyi arkadaşlarından (%11,8) almıştır. Kitaplar (%8,7) daha az tercih edilen bir bilgi kaynağı olsa da bilgi edinme sürecinde hâlâ rol oynamaktadır. Diğer bilgi kaynakları (%5,1) en az başvuru kaynağı olarak belirtilmiştir. Özkan ve ark.'nın Ankara'da 1159 kişi ile yaptığı çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların gebelik hakkındaki bilgi kaynakları %40,2 sağlık çalışanları, %24,2 çevresindeki aile büyükleri, %13,3 internet, %12,2 daha önce doğum yapan arkadaşları, %9,4 kitap/dergi/broşür olarak belirtilmiştir (76). Çalışmamızdaki veriler literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte yaşanan çoğu sağlık sorunu kolayca teşhis ve tedavi edilebilirken, nadiren hayatı tehdit eden durumlar da ortaya çıkabilir. Özellikle gelişmekte olan

lkelerde, bu sorunlar kadın ölümlerine yol açabilir. Gebelikte sık görülen yakınmalar genellikle tedavi gerektirmez ancak günlük yaşamı etkileyebilir. Çalışmamıza katılan gebelerde, gebelik boyunca saēlık sorunu yaşayanların oranı %8,6 olmakla birlikte yaşanılan saēlık sorunlarının başında %27 ile düşük tehdidi (vajinal kanama) gelmektedir. Vajinal kanama, gebeliēin başlarında sık rastlanan bir sorundur ve gebelerin yaklaşık beşte biri bu durumu yaşamaktadır (77). Dönmez ve ark'nın 530 katılımcı ile gebeliēe baēlı saēlık sorunlarını incelediēi çalışmada saēlık sorunu yaşayan gebe oranı %3,96 olup en sık karşılaşılan problem %29,16 ile vajinal kanama olmuştur (77). Bu bulgu bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte ve vajinal kanamanın gebelikte sık rastlanan önemli bir problem olduēuna işaret edebilmektedir. Çalışmamızda gebelerin örneklem sayısı daha düşük olan çeşitli saēlık sorunları diēer bařlıēı altında (diş problemleri, kaşıntı, varis, baş aērısı, kolestaz) toplanmış ve %26 ile ikinci sırada yer almıştır. Ayrıca gebelerin yařadıēı saēlık sorunlarının %20'sini ise enfeksiyonlar (st solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu), %17'sini kusma ve %10'unu bel ve karın bölgesinde aērı oluşturmaktadır. Başka bir çalışmada ise gebelerin saēlık yakınmalarını sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4), sırt aērısı (%53,7), vajinal akıntıda artış (%45,3) ve üriner sistem enfeksiyonu (%45,0) oluşturmuştur (78). Literatürde gebelerin yaşadıkları saēlık problemleri benzer olmakla beraber daēılım oranlarının çeşitlilik göstermesi örneklem gruplarının ve araştırmacı kategorizasyonunun farklılıēından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin sigara kullanma durumu incelendiēinde; %79,4' (n=305) yaşamı boyunca hiē sigara iēmediēini %11,2'si (n=43) gebe olunca bıraktıēını, %9,4' (n=36) ise aktif iēici olduēunu belirtmiştir. Tarhan'ın yaptıēı çalışmada gebelerin %76,1'inin sigara iēmediēi, %23,9'unun iētiēi, ancak gebelikte beraber iēenlerin yarısının sigarayı bıraktıēı bulunmuştur (79). Saēlık bakanlıēı verilerine göre her dört yada beş kadından birisi gebeliēinde sigara iēmektedir (80). Türkiye Nüfus ve Saēlık Araştırması'nın 2008 verilerine göre Türkiye'de gebelerde sigara kullanım oranı %10'dur (81). Ülkemizde gebelerde sigara iēme oranlarının arařtırıldıēı ulusal çalışmalarda bu oran %7,3 ile %16 arasında deēiřmektedir (82). Bizim bulgularımız da literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebe kaldıktan sonrada alkol kullanmaya devam eden gebelerin oranı %1,8 (n=7) olup %6'sı (n=23) gebelikle beraber alkol kullanımını bırakmıştır. %92,2'si (n=354) hiç alkol kullanmamaktadır. Amerika'da yapılan ulusal tarama çalışmalarında gebelerin %8,5'unda alkol kullanımı olduğu bildirilmiştir. Bu farklılık çeşitli coğrafya yaşam kültür ve inançlarından kaynaklanabilir (83).

Çalışmamızda gebelere aile ve çevresi tarafından önerilen doğum şekli %54,2 (n=208) ile normal doğum, %6,3 (=24) sezaryen doğum olmuştur. Gebelerin %32,3'ünün (n=124) ise tercihi kendisine bırakılmıştır. %7,3 (n=28) bu konuda fikrinin olmadığını beyan etmiştir. Aktaş ve ark'nın çalışmasında ise her beş kadından dördüne doğum yöntemi olarak çevreleri tarafından normal doğumu önerildiği saptanmıştır (84).

Çalışmamızda dini ve kültürel inançlarının doğum şekli tercihlerinde etkili olduğunu söyleyen gebelerin oranı %10,4 (n=40) iken, kısmen etkili olduğunu söyleyenlerin oranı %9,4 (n=36), etkili olmadığını söyleyenlerin oranı is %80,2 (n=308) olarak bulunmuştur. Karaoğlu'nın 2017 yılında Van'da gerçekleştirdiği dini inanç ve tutumların doğurganlık üzerine etkilerini araştırdığı çalışmasında doğurganlığı kadın olmanın ispatı olarak görenlerin toplamdaki oranı %36,7 iken, bu görüşe katılmayanların oranı %57,7'dir. Görüşmecilerin %5,6'sı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (85). Geleneksel aile yapısının yanı sıra modern aile biçiminin de görülmeye başlandığı ülkemizde, kadının toplumsal kimliği, statüsü, anneliği ve doğurganlığı halen bir sorun olarak karşımıza çıksa da kadınların eğitim düzeyinin yükselmesiyle bu algının değişmeye başladığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %62'si (n=238) kendisini orta seviyede stresli olarak nitelendirmiştir. Ayrıca gebelerin %93,2'si eş ve ailelerinden destek aldığını ifade etmiştir. Yanılmaz ve Beydağ'ın ilk gebeliği olan 300 gebe ile gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres ve eş desteği arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla yapılan araştırmada, gebelerin stres düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve eş destek düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (68). Sonuç olarak, gebelik sürecinde stres kaçınılmaz olmakla birlikte, aile ve eş desteği stresin daha ciddi seviyelere çıkmasını önleyen en önemli faktörlerden biri olabilir.

Çalışmamıza katılımcıların gebelik hakkındaki bilgi seviyeleri sorulduğunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olarak hissedenlerin oranı %28,4 (n=109) orta düzeyde olanların %64,6 (n=248) yetersiz düzeyde hissedenlerin oranı %7 (n=27) olarak bulunmuştur. Esenkaya'nın yaptığı çalışmada ise bilginin yeterli olma durumu çalışmamızla benzer şekilde %64,6 (n=53) olarak bulunmuştur (11). Gebelik sürecinde kadın doğum uzmanları ve aile hekimleri tarafından yapılan rutin kontrollerde gebelere bilgilendirme yapılması, bilginin artan dijitalleşme ve eğitim seviyesi ile daha ulaşılabilir olması bu sonuçları açıklayabilir.

Katılımcıların Tercih Ettikleri Doğum Şekli Dağılımı ve Tercih Sebeplerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan gebelere (n=384) doğum şekli tercihi sorulduğunda %67,7'si (n=260) normal doğumu, %28,12'si (n=108) sezaryen doğumu tercih ederken %4,2'si (n=16) ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Bedir ve arkadaşlarının 232 gebe ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %83,6'sı normal doğum ile, %5,6'sı sezaryen ile doğum yapmak istediklerini, %10,8'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir (64). Başka bir çalışmada incelenen gebelerin %54,8'i normal vajinal doğumu, %28,8'i sezaryeni tercih ederken, %16,3'ü ise herhangi bir tercihte bulunmamıştır (15). Yüksel ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %93,2'sinin vajinal doğumu, %6,8'inin ise sezaryen doğumu tercih ettiği görülmüştür (86). Özakıncı'nın çalışmasında normal doğumu tercih edenlerin oranı %91,5, sezaryen doğumu tercih edenlerin oranı ise %8,5 bulunmuştur (87). Elgzar ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %74,3 vajinal doğum, %25,7 ise sezaryen doğum şeklindedir (88). Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun vajinal doğumu tercih etmesi diğer birçok toplumda olduğu gibi, gebeliğin doğal, fizyolojik normal bir süreç olarak değerlendirilmesinden ve anne-bebek açısından daha az risk içermesinden kaynaklanıyor olabilir (86).

Türkiye sağlık istatistikleri yılı 2023'e göre ülkemizdeki sezaryen oranı %60,8'dir ve bunların %30,8'ini primer sezaryen ameliyatları oluşturmaktadır (29). Nullipar gebeler çalışmamızda ve benzer şeklide diğer çalışmalarda öncelikle vajinal doğumu tercih etse de sezaryen tercih edenlerin sayısı DSÖ'nün primer sezaryen oranı için önerdiği %15'in üzerindedir. Literatürdeki çalışmalarda sezaryen oranlarının farklılık göstermesi bunun araştırmanın yapıldığı katılımcı grubunun bireysel ve toplumsal özelliklerinin değişiklik göstermesinden kaynaklanıyor olabilir (86).

Literatürde artan sezaryen oranlarının nedenleri incelendiğinde; gebelerin ilk doğum yaşlarının ileri olması, infertilite tedavisi ile olan gebeliklerin artması, yaşam tarzı ve beslenme özelliklerinin değişimi, sedanter yaşam, doğum ağrısı ve perineal yaralanmalardan korkma, doğum izni için planlama yapabilmenin rahatlığı, sezaryen doğumu daha kolay algılamaları gibi etmenlerin yanı sıra, bir başka husus ise hekimlerin zaman baskısı ve artan malpraktis davaları ile sezaryene yönelmeleri ve dolayısıyla hastalarını bu konuda teşvik etmeleri olarak belirtilmiştir (14,84,86,89). Doğum şekli tercihi kadının fizyolojik durumunun yanı sıra sosyal çevre, başkalarının deneyimleri, ekonomik durum, gelenek ve görenekler gibi birçok faktörden de etkilenmektedir (86).

Araştırmaya katılan gebelere doğum şekli tercihlerinde etkili olan nedenler açık uçlu soru ile sorulmuş; verilen cevaplar normal doğum tercih edenlerde 6 başlık altında toplanmıştır. Tercih nedenlerinin başında %44,6 ile “sağlık ve güvenlik odaklı tercihler” (anne ve bebek sağlığı açısından daha iyi olduğunu düşünme, sezaryen komplikasyonlarının daha fazla olduğunu düşünme) yer almıştır. Bedir ve ark.’nın nullipar gebelerde yaptığı çalışmada normal doğumun daha sağlıklı olması (%69,6) normal vajinal doğum tercih nedenlerinin başında gelmektedir (64). Aktaş’ın çalışmasında anne ve bebek sağlığı açısından güvenli bulma oranı %39,6’dır (24). Ülkemizde yapılan diğer iki çalışmada da kadınların vajinal doğumu tercih etme nedenleri arasında ilk sırada anne ve bebeğin daha sağlıklı olacağını düşünmelerinin geldiği görülmektedir (36). Vajinal doğum yöntemi, tıbbi bir engel bulunmadığında ve uygun sağlık koşulları sağlandığında, anne ve bebek açısından genellikle daha avantajlı kabul edilmektedir. En büyük avantajlarından biri, doğal ve fizyolojik bir süreç olmasıdır (90). Sezaryen oranları artış gösterse de vajinal doğum gerek politikalar gerekse sosyal medya etkisiyle halen en çok tercih edilen doğum yöntemidir. Çalışmamızdaki sonuçlar da bunu desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin normal doğum tercihinin %20,2’sini “doğallık ve anne-bebek bağı” (yıllardır süregelen doğal ve fizyolojik bir olay olması, ten tene temasın ve anne sütünün erken gelmesi ile emzirmenin hemen başlaması, anne ve bebek arasındaki iletişimin daha güçlü olması) oluşturmuştur. Aktaş’ın çalışmasında doğallık ve anne bebek etkileşimi %26,1 olarak bulunmuştur Bedir’in çalışmasında %12,4 olarak bulunmuştur (64). Bu sonuçlar anne sütünün önemi ve emzirmenin

faydalarına dair yürütülen çalışmaların başarılı olduğunu, gebelerin bebeklerinin sağlığını onlarla olan etkileşimi ve beslenmesini önemsediklerini gösterebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin normal doğum tercihinin %18,5 ini “hızlı toparlanma ve konfor isteği” (annenin çabuk iyileşmesi, bebeğini daha rahat kucaklayabilmesi ve ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olmaması) oluşturmuştur. Bedir ve arkadaşlarının çalışmasında iyileşme süresinin daha kısa olması %25,8, ağrısız ve doğal olması %12,4 olarak bulunmuştur (64). Aktaş’ın çalışmasında %20,4 olarak bulunmuştur (24). Çalışmamıza yaklaşık oranlarda çıkan bu sonuçlar gebelerin konfor isteğinin anne bebek sağlığı ve bağlamasının ardından önemsedikleri bir istek olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin normal doğum tercihinin %8,9’unu “kişisel tercih ve özel nedenler” (estetik kaygı, hızlı kilo verme isteği, birden fazla çocuk isteme) oluşturmuştur. Bedir’in çalışmasında bu seçeneklerin toplamı %6,2 olarak bulunmuştur (64). Bu durum, çalışmaya katılan gebelerin nullipar olmaları nedeniyle, doğuma bağlı oluşabilecek estetik kaygıları ve gelecek planlamalarını önemsediklerine işaret edebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin normal doğum tercihlerinin %3,6’sını ise “doktor tavsiyesi ve çevresel etkenler” (doktorların tavsiyeleri, aile ve çevresinden duyduğu olumlu yaşamışlıklar) oluşturmuştur. Bedir’in çalışmasında bu oran %13,4 olarak bulunmuştur (64). Aktaş’ın çalışmasında %5,2 olarak bulunmuştur (24). Bu sonuçlar bize gebelerin tercihlerinde özgür davrandıklarını ancak normal doğuma dair çevrelerinden ve hekimlerinden yeterince bilgi almadıklarını gösterebilir.

Araştırmaya katılan gebelere doğum şekli tercihlerinde etkili olan nedenler açık uçlu soru ile sorulmuş verilen cevaplar sezaryen doğum tercih edenlerde 5 başlık altında toplanmıştır.

Çalışmamıza katılan gebelerin sezaryen tercih nedenlerinin başında %59,3 ile “sağlık ve güvenlik odaklı tercihler” (anne ve bebek sağlığı açısından sezaryeni daha güvenilir bulma, normal doğumun komplikasyonlarının daha fazla olduğunu düşünme) yer almıştır. Diğer bir çalışmada ise bu oran %41’dir ve katılımcılar bir sorun olduğunda bebeğin hemen kurtarılmasından dolayı sezaryen tercih ettiklerini bildirmişlerdir (1). Gözükara’nın çalışmasında sezaryen doğumun kendileri ve bebekleri için daha sağlıklı olduğunu düşünenlerin oranı %15,5 olarak bulunmuştur (30). Bedir’in çalışmasında bu oran %15,4’tür (64). Aktaş’ın çalışmasında %14,2’dir (24). Bülbülün isteğe bağlı sezaryen ameliyatı yapılmayan merkezde 3 yıl boyunca

yaptığı çalışmada nullipar gebelerin sezaryen oranı %19,6 gibi yüksek bir oranda olarak bulunmuş ve sezaryen endikasyonlarının sebepleri uzamış eylem, fetal distres (%21,4) ve baş pelvis uyumsuzluğu olarak sıralanmıştır (89). Bu durum çalışmalarda orantısal farklılıklar olsa da normal doğumun anne ve bebek sağlığı açısından azımsanmayacak şekilde riskler içerdiğini ve gebelerin sezaryen seçiminde bu riskleri göz ardı etmediğini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin sezaryen tercihlerinin %18,5'ini “normal doğum korkusu” (doğumun çok ağrılı geçeceğini düşünme, doğum anında kontrolünü kaybetme, ıkınamamaktan korkma) oluşturmuştur. Bedir'in çalışmasında normal doğum ağrılarından korkma (%76,9) ise en sık sezaryenin tercih edilme nedeniydi (64). Aktaş'ın çalışmasında bu oran %26,5 olarak bulunmuştur (24). Diğer bir çalışmada ağrı çekmek istememeleri (%71,1) olarak bulunmuştur (30). Başka bir çalışmada ise gebelerin % 48,4'ü doğumda ağrı çekmek istememesinden dolayı sezaryeni tercih ettiklerini belirtmiştir (1). Gebeler açısından bakıldığında, sezaryen doğuma yönelme nedenleri arasında çeşitli psikolojik ve algısal faktörler öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, gebelerin normal doğum sürecine yönelik endişe ve anksiyete duydukları tespit edilmiştir (90). Literatürdeki çalışmalar çalışmamıza benzer şekilde sezaryen tercihlerinin başında normal doğumun risklerinden korkma ve doğum ağrısından korkma olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamıza katılan gebelerin sezaryen tercihlerinin %11,1'ini “kişisel tercih ve özel nedenler” (az sayıda çocuk istemi, estetik kaygı) oluşturmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmadaki sezaryen oranlarının yaklaşık %13'ünün tubal ligasyon ve özel doğum günü ayarlamak için yapıldığı gösterilmiştir (91). Bu durum kadınların çalışma hayatına aktif katılımlarıyla az çocuk istemelerine, güzellik anlayışının popüler kültürle beraber son derece önem kazanmasına ve son dönemlerde artan astrolojik inançların öne çıkmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin sezaryen tercihlerinin %7,4'ünü “hızlı toparlanma ve konfor isteği” (doğum zamanının planlanabilmesi, sezaryen ağrısının doğum ağrısından az olacağını düşünme ve normal doğumda olası organ yaralanmaları sonrası iyileşmenin uzun süreceğini düşünme) oluşturmuştur. Bedir'in çalışmasında bu oran %23,1'dir (64). Yapılan bir araştırmada sezaryen doğumu tercih eden gebelerin % 50,4'ü vajinal doğuma göre daha rahat olmasından dolayı seçtiklerini ifade etmişlerdir (1). Hızlı toparlanma ve konfor isteğinin sebebi kadınların çalışma

hayatına aktif katılımlarının artması ve gebelik izinlerinin daha kolay planlanabilmesi olabilir. Çalışmamızdaki oranın düşüklüğü katılımcı gebelerin çoğunun çalışmıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin sezaryen tercihlerinin %3,7'sini ise “doktor tavsiyesi ve çevresel etkenler” (doktorların tavsiyeleri ile aile ve çevresinden duyduğu olumlu yaşanmışlıklar) oluşturmuştur. 2006'da Eskişehir'de ve Afyon'da yapılan çalışmada da sezaryen tercih edenlerin yaklaşık yarısı bu tercihe doktor tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir (76). 2015'de Aktaş'ın çalışmasında ise sezaryen doktor öneri oranı %30,4 olarak bulunmuştur (84). Bizim çalışmamızdaki bu oranın düşük çıkması artık gebelerin doğum hakkındaki kararlarında kendilerinin söz sahibi olduğunu ve desteklenen normal doğum politikalarının etkili olduğunu gösterebilir.

SNÖ Toplam Puan Ortalaması ile DSİÖ Alt Boyut Puan Ortalaması Dağılımı

Araştırmaya katılan gebelerin SNÖ puan ortalaması $40,95 \pm 11,29$ olarak bulunmuştur. Literatürde kullandığımız SNÖ ile yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Doğum Sağlık İnanç Ölçeği Özyeterlilik ve Motivasyon Algısı alt boyutu puan ortalaması $40,95 \pm 7,58$ olarak, Yarar Algısı alt boyutu puan ortalaması $29,93 \pm 6,07$ olarak, Duyarlılık Algısı alt boyutu puan ortalaması $12,54 \pm 4,12$ olarak, Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyutu puan ortalaması $14,03 \pm 4,36$ olarak ve Engel Algısı alt boyutu puan ortalaması da $13,72 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. Esenkaya'nın çalışmasında Doğum Sağlık İnanç Ölçeği Özyeterlilik ve Motivasyon Algısı alt boyutu puan ortalaması $41,11 \pm 4,83$ olarak, Yarar Algısı alt boyutu puan ortalaması $31,05 \pm 2,66$ olarak, Duyarlılık Algısı alt boyutu puan ortalaması $12,78 \pm 3,39$ olarak, Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyutu puan ortalaması $15,06 \pm 3,38$ olarak ve Engel Algısı alt boyutu puan ortalaması da $12,00 \pm 2,86$ olarak bulunmuştur (92).

Doğum Şekli Tercihinin SNÖ Toplam Puanıyla Değerlendirilmesinin Tartışılması

Araştırmaya katılan gebelerin doğum şekli tercihleri ile SNÖ toplam puanı değerlendirildiğinde, normal doğum tercih edenlerin SNÖ toplam puan ortalaması $36,90 \pm 9,28$ olup, sezaryen doğumu tercih edenlerin $50,42 \pm 9,73$ ve kararsız grubun $43,00 \pm 12,44$ olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, üç grup arasında SNÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($p < 0,05$).

En yüksek ortalama puan sezaryen doğum tercih edenlerde, en düşük ortalama puan normal doğum tercih edenlerde saptanmış, kararsız grubun ortalaması ise bu iki değerin arasında yer almıştır. Sonuç olarak sezaryen niyet ölçeği puanı yüksek olanların sezaryen doğumu tercih ettiği görülmektedir. Nitekim sezaryen niyet ölçeğinin temelini oluşturan planlı davranış teorisine göre de kişi kendisine önerilen davranışı kendine uygun olarak değerlendiriyorsa (tutum) ve çevresinin bu davranışı gerçekleştirmesini istediği düşüncesindeyse (özel norm) önerilen davranışı yapma niyeti (motivasyonu) ihtimali artacaktır (93). Çalışmamızdaki sonuçlar teoriyi destekler şekilde çıkmıştır.

Demografik Değişkenlere Göre SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılmasının Tartışması

Çalışmamıza dahil olan gebelerin sosyodemografik özellikleri SNÖ toplam puanı ile değerlendirildiğinde; ilkökul/ortaokul, lise ve üniversite/yüksek lisans grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Bu fark ilkökul/ortaokul mezunlarının SNÖ toplam puanının diğer gruplardan yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Bülbül'ün çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça sezaryen tercih edenlerin fazla olduğu bulunmuştur (89). Sönmez'in çalışmasında eğitim düzeyi ile doğum tercihleri arasında anlamlı fark bulunamamış (61); yapılan çalışmalarda ise kadının yaşı ve eğitim düzeyi arttıkça sezaryen doğum oranlarının arttığı belirtilmiştir (50,84,94). Ülkemizde kadınların eğitim seviyelerinin ve ekonomik güçlerinin gün geçtikçe artması ve buna bağlı olarak evlilik yaşı ile gebelik yaşının ilerlemesiyle gerek ekonomik özgürlüğün verdiği özel muayene imkanlarının artması gerekse ileri yaş kaynaklı riskli gebeliğin varlığı literatürdeki bulguları destekleyici şekildedir. Çalışmamızdaki bulguların literatürden farklı olması, katılımcı gebelerin doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve bu konuda kendilerini yetersiz hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Öte yandan literatürde katılımcıların ileri yaşta olmaları, çalışan kadın olmaları ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olmaları sezaryen tercihlerini arttırdıkları şeklinde bulunmuştur (50,66,84). Çalışmamızda gebelerin yaşı, eğitim seviyeleri, meslekleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, eşlerinin meslekleri ve gelir durumlarıyla sezaryen niyetleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum katılımcıların,

sezaryen kararını verirken sadece kendilerinin ve eşlerinin ekonomik veya mesleki durumlarına göre değil, başka değişkenlere göre de hareket ettiğini gösterebilir.

Başka bir çalışmada ikamet yeri, ilde olanların kırsal alanda ikamet eden gebelerin sezaryen doğumu tercih etme olasılığı ilçede ikamet eden gebelere kıyasla 3,59 kat daha fazla bulunmuştur (66). Bu bulgu, ilde yaşayan bireylerin ekonomik açıdan ve sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda ilçede yaşayanlara göre daha avantajlı olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda ikamet yeri ile SNÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu durum artan sağlık hizmetlerine ulaşımın bölgemizde kolay olması ile açıklanabilir.

Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile SNÖ Toplam Puanının Karşılaştırılmasının Tartışması

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların obstetrik ve psikososyal özellikleri SNÖ toplam puanı ile değerlendirilmiştir. “Aileniz ve çevrenizin doğum şekli konusundaki tavsiyeleri nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar (normal doğum önerilenler, sezaryen doğum önerilenler, karar bana bırakılıyorlar ve fikrim yok) SNÖ toplam puanı açısından incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Özellikle sezaryen tavsiyesi alan grubun SNÖ toplam puan ortalaması diğer gruplara göre oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde dünyada ve ülkemizde yapılan nitel sistematik araştırmalar gebelerin kötü vajinal doğum deneyimi yaşayan yakın çevreleri nedeniyle sezaryen doğuma yöneldiğini bildirmiştir (64,95). Bu durum, vajinal doğumun yararlarının göz ardı edilip yalnızca olumsuz yönlerinin ön plana çıkarılmasıyla, kadınlar arasında sezaryen doğumun daha kolay olduğu yönünde bir algı oluşmasıyla açıklanabilir.

Literatürde gebeliği planlı olan ve doğum yöntemine dair danışmanlık alan gebelerin normal doğuma daha fazla yöneldikleri bildirilmiştir (84). Çalışmamızda gebeliğin planlı olma durumu ve danışmanlık alma durumu ile sezaryen niyet ölçeği toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum gebelere verilen danışmanlığın etkin olmadığını, planlanan gebeliğe dair önceden var olan düşüncelerinin değişmediğini gösterebilir.

Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında gebelikte sağlığa dair yaşanan problemin sezaryen tercihinin arttırdığı bulunurken bizim çalışmamızda anlamlı fark

bulunmamıştır (76). Çalışmamızın literatürden farklılık göstermesinin nedeni, gebelerin yaşadığı sorunların çoğunlukla gebeliğin doğal fizyolojisine bağlı olağan şikâyetler olması ve sezaryen gerektirecek kadar ciddi sağlık problemleri içermemesi olabilir.

Özel ve arkadaşlarının kadın sağlığı hastanesinde sigara bırakma poliklinik hizmetleri ve gebelikte sigara içen kadınların gebelik sonuçlarını incelediği çalışmada sigara içen kadınların primer sezaryenleri yüksek bulunmuştur (96). Literatürde alkol kullanımı ile sezaryen tercihinin arttığını gösteren çalışma bulunamamış olup bizim çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile sezaryen niyet ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sonucun çalışmamıza katılan katılımcıların istatistiksel olarak sigara ve alkol kullanım oranının düşük olması ile ilişkisi olabilir.

Yılmaz'ın çalışmasında kadınların inançlarının doğum şekline etkisi olduğu bulunurken bizim çalışmamızda kadınların inançları ile SNÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (97). Bu durum, gebelerin bilgiye daha kolay erişebilmesi, sağlık çalışanları ve diğer bilgi kaynaklarından daha fazla yararlanarak doğum tercihlerini şekillendirmesiyle ilişkili olabilir.

Aksay ve arkadaşlarının gebelerin psikososyal durumunun doğum şekline olan etkisinin incelendiği çalışmada psikososyal durum ile doğum şekli arasında anlamlı fark bulunmamıştır (1). Çalışmamızda benzer şekilde stres seviyesi ve aile desteği ile gebelerin sezaryene olan niyetleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum gebelerin her türlü psikososyal durumda doğum şekli seçiminde öncelikle sağlık ve güvenliği önemsediğini gösterebilir.

Aktaş'ın çalışmasında bilgi seviyesi yetersiz olan gebelerin doğum korkusu sebebiyle sezaryen tercihlerinin arttığı bildirilmiştir (84). Çalışmamızda bilgi seviyesi ve SNÖ toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum gebelerin tercihlerinin bireysel faktörlerden ve psikososyal durumlardan da etkilendiğini tek belirleyicinin bilgi düzeyi olmadığını gösterebilir.

DSİÖ Alt Boyutlarının Demografik, Obstetrik ve Psikososyal Değişkenler ile Karşılaştırılmasının Tartışması

Araştırmaya katılan gebelerin DSİÖ alt boyutlarından özyeterlilik ve motivasyon algısı puan ortalaması $40,95 \pm 7,58$ olarak bulunmuştur. DSİÖ özyeterlilik alt boyutunda sosyodemografik, psikososyal ve obstetrik veriler karşılaştırıldığında gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu, çevrenin önerdiği doğum şekli tavsiyesi ve stres seviyeleri anlamlı bulunmuştur. Gebelerin ve eşlerinin ilkokul/ortaokul mezunu olanlarının özyeterlilik puanlarının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çevrelerinden normal doğum tavsiyesi alan ve stres seviyeleri düşük olan gebelerin özyeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Koşan ve ark.'nın gebelerin doğum şekli tercihlerinde arkadaş ve akrabalarının etkisini incelediği çalışmada gebelerin çevrelerinde vajinal doğum sonrası sorun yaşayanların oranının sezaryen doğum sonrası sorun yaşayanlara göre düşük olduğu bulunmuş ve katılımcıların %82,8'i (n=333) vajinal doğumu tercih etmiştir (65). Çelik ve ark.'nın çalışmasında eşi ve kendisi ilkokul mezunu olan gebelerin algıladıkları stres seviyesi daha yüksek bulunmuş, gebelerin eğitim düzeyinin artmasıyla kendi yaşamı üzerindeki kontrolünün ve benlik saygısının artacağı belirtilmiştir (98). Çalışmamızı destekler şekilde olan bulgular eğitim seviyesi artışının özyeterliliği arttırdığını ve stresi azalttığını, olumlu deneyimlerin ise gebelerin motivasyonuna katkı sağlayarak normal doğuma destek oluşturduğunu gösterebilir.

DSİÖ alt boyutlarından yarar algısı puan ortalaması $29,93 \pm 6,07$ olarak bulunmuştur. Yarar algısında gebelerin eşlerinin eğitim durumu, çevrenin önerdiği doğum şekli tavsiyesi ve stres seviyesi anlamlı bulunmuştur. Eşi ilkokul /ortaokul mezunu ve yüksek stres seviyesine sahip olan gebelerin yarar algısı puanı diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Normal doğum tavsiyesi alan grubun puan ortalaması ise diğer doğum şekli tavsiyesi gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Algılanan yararlar, tavsiye edilen bir eylemin etkinliğine olan inançtır ve bireyin riski azaltmak veya önlemek için söz konusu sağlık davranışını benimsemesinde beklediği olumlu sonuçların varlığıyla ilgilidir (56). Battawi ve ark.'nın çalışmasında doğum ağrısı, epizyotomi ve perine yırtıkları, fetal distress gibi faktörler kadınların sezaryene yönelmesindeki kaygı faktörleri olarak sıralanmıştır (56). Çalışmamızdaki stres seviyesi yüksek gebelerin doğumun yararlarına dair algılarının düşük olmasında bu

faktörler etkili olabilir. Pirdal ve ark.'nın 2016 'da Samsun'da yaptıkları çalışmaya göre gebeler bilgi edinmek için en çok yakın çevresini kullanmaktadır (99). Aktaş ve ark.'larının kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi çalışmasında kadınların çoğu normal doğumu tavsiye etmiş; normal doğum yönteminin yararlarını “anne/bebek açısından sağlıklı”, “sezaryenle doğumdan daha güvenli” ve “doğal bir yöntem” olarak belirtmişlerdir (84). Çalışmamızın sonuçlarına göre, eşlerinin eğitim seviyesi düşük olan gebeler, doğumun yararları konusunda eşlerinden yeterli desteği alamamış olabilir. Ayrıca, çevrelerinde normal doğumun faydalarını paylaşan diğer gebelerin bulunması, bu gebelerin doğuma yönelik düşüncelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Duyarlılık algısı alt boyut puan ortalaması $12,54 \pm 4,12$ olarak bulunmuştur. Duyarlılık algısı alt boyutunda gebenin yaşı, eğitimi, çevrelerinin önerdiği doğum tavsiyesi, inanç etkisi anlamlı bulunmuştur. 35-39 yaş grubunda olan, sezaryen tavsiyesi alan gebelerin duyarlılık algısı puan ortalaması diğer gruplardan yüksek bulunurken, lise mezunu olan ve inancının doğum şekline etkisini söylediğini söyleyen gebelerin duyarlılık algısı puan ortalaması düşük bulunmuştur. Algılanan duyarlılık, kişinin belirli bir hastalık veya sağlık sorunu açısından ne kadar risk altında olduğuna dair inancını ifade eder ve kişi kendisini yüksek risk altında görüyorsa, bu riski azaltmak veya önlemek için ilgili sağlık davranışını benimsemeye daha meyilli olur. Doğum şekli bağlamında algılanan duyarlılık, anne veya bebeğin ölümü gibi riskleri içerir (56). Sönmez ve arkadaşlarının çalışmasında 30 yaş ve üzeri olan gebelerin 30 yaş ve altında olanlara göre 7 kat fazla sezaryen tercih ettikleri bulunmuştur (61). Preis ve ark.'nın çalışmasında gebelerde eğitim düzeyinin azalması ile doğumun tıbbi bir süreç olduğuna inananların arasında güçlü ilişki bulunurken, doğumun doğal bir süreç olduğuna inananlar daha iyimser olmakla ilişkilendirilmiştir (9). Bu bağlamda yaş arttıkça ve eğitim durumu azaldıkça gebelerin vajinal doğuma duyarlılıklarının arttığı ve onu riskli gördükleri söylenebilir. Doğuma belli bir anlam yüklemeye inançlarının etkisi olanlar normal doğumu iyimser karşılayıp risksiz olarak algılayabilir.

Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyutu puan ortalaması $14,03 \pm 4,36$ olarak bulunmuştur. Önemseme/Ciddiyet algısı boyutunda ekonomik durum, stres seviyesi anlamlı bulunmuştur. Ekonomik durumu “düşük” ve stres seviyesi “orta” olan gebelerin puanı diğer gruplardan yüksektir. Algılanan ciddiyet, kişinin belirli bir

hastalığın veya durumun ne derece ciddi sonuçlar doğurabileceğine dair inancını tanımlar. Olası tıbbi sonuçlar arasında ölüm, sakatlık ve ağrı bulunurken, sosyal sonuçlar arasında iş, aile ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkiler yer alabilir (56). Yapılan çalışmalarda sosyal destek ve sosyal stres gibi çevresel faktörlerin annelik kimliğini kazanma ve annelik rolüne erişmede önemli etkilerinin olduğu gösterilmiştir (100). Çalışmamızda ortaya çıkan sosyoekonomik olarak dezavantajlı psikososyal olarak desteklenmeyen gebelerin doğum olası komplikasyonlarını daha ciddiye aldığını gösterebilir.

Engel algısı puan ortalaması $13,72 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. Engel algısı alt boyutunda gebelerin mesleği, eşlerinin eğitim durumu, çevrenin doğum şekli tavsiyeleri ve stres seviyesi anlamlı bulunmuştur. Kamu çalışanlarının çalışmayanlara göre, sezaryen tavsiyesi alan grubun normal doğum tavsiyesi alanlara göre ve yüksek stres seviyesine sahip olan grubun diğer gruplara göre engel algısı puanı yüksektir. Eşi lise mezunu olan gebelerin engel algısı puan ortalaması düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Dinç ve ark.'nın çalışmasında kadınların travmatik doğum algıları arttıkça doğumun tıbbi süreç olduğuna ilişkin inançlarının arttığı tespit edilmiştir (101). Yağmur ve ark.'nın çalışmasında gebelerin sezaryen doğum isteme nedenlerinin başında sağlık probleminin olması, doğumdan ve doğum ağrısından korkmak yer almıştır (102) Loke ve ark.'nın çalışmasında ise doğum izni için daha iyi bir plan yapmak istedikleri için sezaryen doğumu tercih ettikleri bulunmuştur (14). Çalışmamızda kamu çalışanlarının normal doğum yapmaları halinde karşılaşılabilecekleri izin ve planlama problemlerinin engel algısını yükselttiği söylenebilir.

Doğum Şekli Tercihinin DSİÖ Alt Boyutları ile Değerlendirilmesinin Tartışılması

Literatürde DSİÖ ile yapılan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Ulaşılan kaynaklar sağlık inanç modelinin bileşenlerinin doğum şekilleri üzerine etkisinin incelendiği çalışmalardır.

Araştırmamızda, gebelerin doğum şekli tercihleri ile DSİÖ'nün alt boyutlarından öz yeterlilik ve motivasyon algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Normal doğumu tercih eden gebelerin öz yeterlilik ve motivasyon algısı puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, Dadipoor ve

arkadaşlarının sağlık inanç modeline dayalı doğum şekli tahmini çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Bu araştırmada da doğum öz yeterliliği ve motivasyonu ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve normal doğumu seçen gebelerin öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (12). Benzer şekilde, Düzbayır ve arkadaşlarının (2022) yanı sıra Mohtasham ve ekibinin çalışmaları da öz yeterlilik düzeyi yüksek gebelerin normal doğumu daha fazla tercih ettiğini ortaya koymuştur (15,103). Öz yeterliliği yüksek gebelerin normal doğumu tercih etmelerinin nedenleri arasında doğum sürecinde aktif rol alarak başarı ve tatmin duygusunu deneyimlemek, doğum öncesinde yeterli bilgi edinerek bilinçli bir şekilde plan yapmak ve normal doğum yapıp memnun kalan kişilerin memnuniyetlerine inanarak motivasyon sağlamak sayılabilir. Bu gebeler, kendi bedenlerine ve doğum sürecini yönetme becerilerine güvenerek, normal doğumu başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceklerine dair güçlü bir inanca sahip özgüveni ve motivasyonu yüksek kişiler olabilirler.

Araştırmamızda, gebelerin doğum şekli tercihleri ile DSİÖ'nün alt boyutlarından yarar algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Normal doğumu tercih eden gebelerin yarar algısı puanı diğer gruplara göre daha yüksektir. Battawi'nin kadınların doğum şekline ilişkin kararlarını etkileyen faktörleri tahmin etmek için sağlık inanç modelinin uygulanması çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde normal doğumu tercih edenlerin yarar algısı, sezaryeni tercih edenlere göre daha yüksek oranda saptanmış kadınların algıladıkları yararların başında doğal bir süreç olması, erken emzirmeye olanak tanınması, ve daha hızlı iyileşme süreci yer almıştır (56). Hassani ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde normal doğum tercih eden grubun yarar algısı yüksek bulunmuştur (13). Loke'un çalışmasında ise sezaryen tercih eden kadınların yarar algıları daha fazla bulunmuş sezaryenin yararları uzamış doğum eyleminden kaçmak, doğum ağrısı çekmemek ve fetal komplikasyonları ön görmek, hızlı ve rahat olması olarak sıralanmıştır (14). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar olsa da farklı sonuçların da yer alması gebelerin doğuma dair yarar algılarının bireysel ve toplumsal özelliklere, gebelere verilen sağlık hizmetlerine göre değişebileceğini gösterebilir.

Araştırmamızda, gebelerin doğum şekli tercihleri ile DSİÖ'nün alt boyutlarından duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sezaryen tercih

eden grubun duyarlılık algısı puanı daha yüksektir. Dadipoor ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak vajinal doğum tercih edenlerin duyarlılık algısı daha yüksek bulunmuştur (12). Loke ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğum şekli ile duyarlılık algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (14). Literatürdeki çalışma sonuçları farklılık gösterse de çalışmamızda katılımcıların normal doğuma karşı daha duyarlı olup sezaryen seçmeleri normal doğumun olası olumsuzluklarına karşı sezaryeni daha güvenli bulmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda, gebelerin doğum şekli tercihleri ile DSİÖ'nün alt boyutlarından önemseme-ciddiyet algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Normal doğum tercih edenlerin önemseme ciddiyet algısı puanı daha yüksektir. Çalışmamızın sonucu Dadipoor ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer çıkmıştır. Battawi ve arkadaşlarının çalışmasında ise normal doğum tercih edenlerin ciddiyet algısı düşük bulunmuştur (56). Disney ve arkadaşları tarafından belirtildiği üzere doğum şeklinin anne ve bebek için algılanan riski doğum şeklinin seçiminde rol oynamaktadır. (104). Bu durum çalışmamızdaki gebelerin doğuma dair ciddiyet algılarının daha çok sezaryenin olası komplikasyonlarına karşı belirgin olduğunu gösterebilir

Araştırmamızda, gebelerin doğum şekli tercihleri ile DSİÖ'nün alt boyutlarından biri olan engel algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sezaryen doğumu tercih eden gebelerin engel algısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın, Battawi ve Mohtasham'ın çalışmalarında bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (15,56). Çalışmamıza katılan gebelerin normal doğuma yönelik engel algılarının yüksek olmasında; nullipar olmaları sebebiyle doğum deneyimlerinin bulunmaması, ilk doğumun uzun süreceği düşüncesi ve kişisel fiziksel ve psikolojik özelliklerine dair yetersizlikleri etkili olabilir.

DSİÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Literatürde DSİÖ alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı ile Yarar Algısı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ($r=,623$; $p<0,05$) bulunmaktadır. Bu durum, doğum konusunda kendine güvenen, motivasyonu yüksek olan bireylerin, doğumun yararlarına dair algılarının da yüksek olabileceğini göstermektedir. Öz

Yeterlilik ve Motivasyon Algısı ve Duyarlılık Algısı arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır. ($r=-,585$ $p<0,05$). Bu durum öz yeterliliği ve motivasyonu arttıkça gebelerin doğumun olası risklerine karşı hassasiyetlerinin azaldığını gösterebilir. Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı ve Engel Algısı arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,425$; $p<0,05$). Bu durum öz yeterliliği ve motivasyonu artan bireylerin doğum sürecine ilişkin engel algılarının azalmasıyla açıklanabilir.

Yarar Algısı ile Duyarlılık Algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı korelasyon vardır ($r=-,434$; $p<0,05$). Yarar algısı arttıkça duyarlılık algısının azalması, anne adaylarının doğuma ilişkin hissettikleri hassasiyetlere ve risklere kıyasla, algıladıkları yararları daha ön planda tuttuklarını gösterebilir. Ayrıca Yarar Algısı ve Engel Algısı arasında da negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,350$; $p<0,05$). Bu sonuç, doğumun yararlarını daha çok önemseyen kişilerin doğuma yönelik engel algılarının azaldığını gösterebilir. Yarar Algısı ile Önemseme/Ciddiyet Algısı arasında ise pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuç kişilerin doğuma yönelik elde edilecek faydayı yüksek gördüklerinde, o durumun sonuçlarını da önemsediklerini ve ciddiye aldıklarını gösterebilir.

Duyarlılık Algısı ile Engel Algısı arasındaki pozitif ve anlamlı bir korelasyon vardır ($r=,577$; $p<0,05$). Bu durum doğuma karşı kendini duyarlı hisseden bireylerin, bu süreçteki engelleri de daha fazla algıladıkları şeklinde yorumlanabilir. Diğer taraftan Duyarlılık Algısı ile Önemseme/Ciddiyet Algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0,016$; $p>0,05$). Bu durum gebelerin doğuma dair olası komplikasyonları fark edip önemsemesi ancak bu konuda duyarlı olmaması ile açıklanabilir. Nitekim komplikasyona karşı bilgilendirilen her gebenin hissettiği duyarlılık algısı birbirinden farklı olabilir.

Yarar Algısı ile Önemseme/Ciddiyet Algısı ($r=,137$; $p<0,05$) arasında düşük düzeyde de olsa pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum anne adaylarının doğumun yararlarını gözetirken olası sonuçlarında farkında olduklarını gösterebilir. Son olarak Önemseme/Ciddiyet Algısı ile Engel Algısı ($r=,162$; $p<0,05$) arasında da zayıf düzeyde pozitif bir ilişki görülmektedir. Bu durum gebelerin doğumun ciddiyetine dair farkındalıklarının artması sonucu oluşabilecek kaygı ve engel algılarının da artabileceğini gösterebilir.

SNÖ ve DSİÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı alt boyutu ve Yarar Algısı alt boyutu ile sezaryen toplam puan arasında negatif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır (sırasıyla $r=-,528$, $r=-,377$; $p<0,05$). Mohtasham'ın çalışmasında ise çalışmamıza benzer şekilde algılanan öz yeterlilikteki artış ile normal doğum yapma olasılığı arasında ilişki bulunmuş öz yeterliliği artan kadınların sezaryen yerine normal doğumu tercih etme ihtimalleri yüksek saptanmıştır; ancak algılanan yararların artması, sezaryen yerine normal doğum tercih etme olasılığını artırmamıştır (15). Bu bulgu, katılımcıların öz yeterlilik ve motivasyon algıları yükseldikçe sezaryen tercih etme eğilimlerinin azalabileceğini düşündürmektedir. Mohtasham'ın çalışmasından farklı olarak çalışmamızdaki gebelerin yarar algısı ile sezaryen niyetleri arasındaki negatif ilişki normal doğumun yarar açısından daha avantajlı olduğunu düşündüklerini gösterebilir. Yarar algısına ait sonuçların farklı olması çalışılan popülasyonların sosyokültürel özelliklerinin, deneyimlerinin ve sunulan sağlık hizmetleri imkanlarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Duyarlılık Algısı alt boyutu ve Engel Algısı alt boyutu ile Sezaryen Toplam Puan arasında pozitif yönlü ilişkiler gözlenmiştir (sırasıyla $r=,538$, $r=,483$; $p<0,05$). Özellikle Duyarlılık Algısı yüksek olan katılımcıların sezaryen toplam puanlarının da yükselmesi, bu bireylerin normal doğuma karşı daha duyarlı olduklarını gösterebilir. Literatürde tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen doğum isteyen gebelerin araştırıldığı sistematik derlemede özellikle nullipar kadınların yakınlarından duydukları vajinal doğuma dair olumsuz deneyimlerin ve doğum korkusunun vajinal doğuma dair duyarlılığı yükselttiği ve sezaryen seçiminde etkili faktörlerin başında geldiği gösterilmiştir (95). Engel Algısı ile sezaryen puanı arasındaki pozitif korelasyon ise kadınların normal doğum sürecindeki engelleri algıladıkça sezaryeni daha çok tercih etme ya da sezaryene yönelik tutumlarının olumlu yönde artma eğilimini işaret edebilir. Dadipoor ve arkadaşlarının çalışmasında da doğum şekli seçimin ana belirleyicisi algılanan engeller olarak bulunmuş, normal doğumun önündeki engelleri kaldırmaya yönelik stratejilerin önemine vurgu yapılmıştır (12).

Önemseme/Ciddiyet Algısı ile Sezaryen Toplam Puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0,066$; $p>0,05$). Çalışmalarda sezaryen doğuma bağlı riskler, maternal mortalite, yoğun bakım ünitesine yatış, kan

transfüzyonu ihtiyacı ve histerektomi veya internal iliak arter ligasyonu gerekliliği de dahil olmak üzere vajinal doğuma göre üç kat daha fazladır. Aynı zamanda anesteziye bağlı komplikasyonlar, uterus rüptürü ve yenidoğan solunum depresyonu da belirtilen riskler arasında sıralanmıştır (14,105,106). Vajinal doğum açısından ise pelvik organ prolapsusu, uzamış doğum eylemi, perineal travma, anneden bebeğe bulaşabilen enfeksiyonlar risk oluşturmaktadır (14). Bu sonuç gebelerin sezaryene ya da vajinal doğuma karşı gelişebilecek risklerin hep var olduğunun bilincinde olduklarını; belirleyici olarak risk faktörlerini ve oluşabilecek komplikasyonları gözetmediklerini gösterebilir.

Genel olarak bulgular, doğum öncesi dönemdeki bireylerin sağlık inançları ve algılarının sezaryen tercihinin dair tutum ve davranışlarla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Öz yeterlilik ve yarar algılarının güçlü olması sezaryen toplam puanını düşürerek normal doğumu destekleyebileceğine işaret ederken; duyarlılık ve engel algısının yüksek olması sezaryen tercihinin yönelik artışla ilişkili görünmektedir. Loke ve arkadaşlarının çalışmasında ise her iki doğum şekli tercihinin belirleyicileri algılanan fayda ve ciddiyet olmuştur (14). Dadipoor ve arkadaşlarının çalışmasında ise vajinal doğumun tercihinin ana belirleyicisi algılanan engeller olarak bulunmuştur (12). Mohtasham'ın çalışmasında ise özyeterlilik ve yarar algılarının doğum şeklinin belirlenmesinde en etkili iki alt boyut olduğu bulunmuştur (15).

SONUÇLAR

Bu araştırma; nullipar gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen sosyodemografik, obstetrik ve psikososyal değişkenlerin yanı sıra Sezaryen Niyet Ölçeği (SNÖ) ve Doğum Sağlık İnanç Ölçeği (DSİÖ) alt boyutlarının ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Elde edilen bulgular ve tartışmalar sonucunda ulaşılan sonuçlar şöyledir:

- Gebelerin yaş dağılımında en yüksek oran %42,4 ile 25–29 yaş aralığındadır.
- Eğitim durumuna bakıldığında, %35,4’ü üniversite/yüksek lisans mezunu, %34,4’ü lise, %30,2’si ilkokul/ortaokul mezunudur.
- Katılımcıların büyük kısmı (%71,9) çalışmamaktadır ve büyük bölümü ekonomik durumunu “orta” olarak belirtmiştir.
- Yaşanılan yer incelendiğinde katılımcıların %46,4’ü il merkezinde yaşamaktadır.
- Eşlerin eğitim durumunun %37,8’i lise, %37,2’si üniversite/yüksek lisans, %25’i ise ilkokul/ortaokul mezunudur.
- Gebeliklerin büyük çoğunluğu planlı (%77,6) olmasına rağmen antenatal danışmanlık alma oranı düşüktür (%23,7).
- Gebelerin temel bilgi kaynağı sağlık personeli, ikinci sırada internet/sosyal medya yer almaktadır.
- Gebelerin %91,4’ü gebelikte önemli bir sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Sağlık sorunu yaşayanlardaysa en sık “düşük tehdidi (vajinal kanama)” bildirilmiştir.
- Gebelerin %79,4’ü sigara kullanmadığını, %92,2’si alkol kullanmadığını belirtmiştir.
- Aile ve çevre tavsiyesi olarak en çok önerilen doğum şekli (%54,2) normal doğumdur.
- Gebelerin %62’si kendisini “orta düzey” stresli olarak tanımlarken, %93,2’si gebelikte eş/aile desteği aldığını ifade etmiştir.
- Dini ve kültürel inançların doğum şekli tercihinin etkisi çoğunlukla “yok” olarak ifade edilmiştir.
- Gebelerin %64,6’sı gebelik hakkında sahip olduğu bilgiyi “orta” düzeyde gördüğünü belirtmiştir.

- Çalışmaya katılan 384 nullipar gebenin %67,7'si normal (vajinal) doğumu, %28,1'i sezaryen doğumu tercih ettiğini, %4,2'si ise kararsız olduğunu belirtmiştir.
- Normal doğum tercih nedenleri sırasıyla “anne-bebek sağlığı ve güvenliği”, “doğallık-anne bebek bağı”, “hızlı toparlanma ve konfor” gibi faktörlerdir.
- Sezaryen tercih nedenleri ise en sık “sağlık ve güvenlik odaklı tercihler” (normal doğumun riskli veya ağrılı olduğu inancı), “doğum korkusu” ve “kişisel/estetik kaygılar” şeklinde sıralanmıştır.
- 35-39 yaş grubunda “Duyarlılık Algısı puan ortalamaları diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- Eğitim düzeyi yükseldikçe (lise, üniversite/yüksek lisans) “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı” puanları artış göstermiştir.
- İlkokul/ortaokul mezunlarının “Duyarlılık Algısı” daha yüksek bulunmuştur.
- Kamu sektöründe çalışan gebelerin “Engel Algısı” puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.
- Ekonomik durumu “düşük” olan grubun “Önemseme/Ciddiyet Algısı” puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur
- Eşin eğitim düzeyi yükseldikçe gebelerin “Öz Yeterlilik ve Motivasyon Algısı” ve “Yarar Algısı” puanlarının arttığı, buna karşın “Engel Algısı” puanlarının değişkenlik gösterdiği görülmüştür
- Normal doğum önerisi alanlarda “Öz Yeterlilik ve Motivasyon” ile “Yarar Algısı” daha yüksek, sezaryen önerisi alanlarda ise “Duyarlılık Algısı” ve “Engel Algısı” daha yüksek bulunmuştur.
- Dini/kültürel inancının doğum şeklini “etkilediğini” söyleyen grubun “Duyarlılık Algısı” daha düşük, “etkilemediğini veya kısmen etkilediğini” belirtenlerin ise daha yüksek bulunmuştur
- Stres düzeyi yüksek olanlarda “Öz Yeterlilik ve Motivasyon” ile “Yarar Algısı” puanları daha düşük; “Engel Algısı” ise belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. Orta düzey stres grubunun “Önemseme/Ciddiyet Algısı” en yüksek puana sahiptir.
- Genel SNÖ puan ortalaması $40,95 \pm 11,29$ olarak bulunmuştur. Doğum şekli tercihine göre bakıldığında, normal doğumu tercih edenlerin SNÖ puanı anlamlı biçimde en düşük, sezaryen tercih edenlerin ise yüksek bulunmuştur.

- Normal doğumu seçenlerde “özyeterlilik ve motivasyon”, “yarar”, “önemseme-ciddiyet” algısı belirgin biçimde yüksek; sezaryen tercih edenlerde ise “engel” ve “duyarlılık” algıları daha yüksek bulunmuştur.
- Özellikle özyeterlilik ve motivasyon algısı yüksek olan ve doğumun yararlarını fark eden gebelerde sezaryen niyeti azalmakta, buna karşın doğuma karşı duyarlılık ve engel algısı yükseldikçe sezaryen niyeti artmaktadır.
- DSiÖ alt boyutlarının kendi içindeki korelasyonlarında ise “özyeterlilik ve yarar algısı”nın artışının “engel algısını” azalttığı, “duyarlılık algısının ise “engel algısını” artırdığı görülmüştür.
- Eğitim düzeyi düşük (ilkokul/ortaokul) olan grupta sezaryen niyet puanı daha yüksek çıkmış; öte yandan “çevreden sezaryen önerisi alma”nın da sezaryen niyet puanını belirgin düzeyde artırdığı görülmüştür.
- Gebeliği planlı olup olmaması, sigara-alkol kullanımı, ek sağlık sorunu yaşama durumu gibi bazı değişkenlerin sezaryen niyetine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

ÖNERİLER

Çalışmamızda normal doğum tercih etme eğiliminin yüksek olmasına rağmen SNÖ puanının belirli gruplarda oldukça yüksek çıkması bu gruplara özellikle dikkatimizi çekmelidir;

- Özellikle eğitim ve danışmanlık eksikliği, gebelerin karar verme süreçlerinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Gebe takibinin düzenli ve yakından yapıldığı, tüm gebelere ulaşılan Aile Hekimliği birimlerinde bütüncül modelleme ve kişi merkezli yaklaşım ilkelerine bağlı kalınarak verilen doğum öncesi eğitimin hem gebelerin öz yeterlilik ve yarar algılarını yükseltebileceği hem de gereksiz sezaryen oranlarını azaltabileceği düşünülmektedir. Eğitim, ekonomik durum, eşin eğitim seviyesi gibi demografik faktörlerin DSİÖ alt boyutlarını anlamlı etkilediği göz önüne alınarak; gebe izleminde “bireyselleştirilmiş planlama” yapılmalıdır.
- DSİÖ alt boyutlarına yönelik (öz yeterlilik ve motivasyon, yarar/engell algısı vb.) özel tasarlanmış eğitim veya psikolojik destek programlarının, sezaryen niyetini ve doğum şeklini nasıl etkilediği deneysel çalışmalarla (müdahale ve kontrol gruplu) incelenmelidir.
- Sezaryen niyetini en çok etkileyen etmenlerin başında; çevre tavsiyeleri, doğum korkusu ve algılanan engeller gelmektedir. Bu nedenle, normal doğumun avantajlarının ve sezaryen komplikasyonlarının doğru anlaşılması için hem kadınların hem de eş/ailelerinin multidisipliner bir yaklaşımla desteklenmesi gerekmektedir.
- Özellikle kamuda çalışan veya ağır iş yüküne sahip olan gebeler için iş-gebelik uyumunu sağlayıcı, izin ve esnek çalışma düzenlemelerini içeren destekleyici politikalar uygulanmalıdır.
- Bu doğrultuda, gebelerin bilinçli ve güvenli bir doğum deneyimi yaşamaları adına, sağlık profesyonelleri ve kurumlarına önemli görevler düştüğü söylenebilir. Yapılacak bütüncül müdahaleler ve politika düzenlemeleriyle, kadınların gebelik döneminde güçlendirilmesi ve sağlıklı doğum tercihleri yapmaları desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aksay Y, Gülhan YB, Saygın N, Körükcü Ö. Gebelerin psikososyal sağlıkları doğum tercihini etkiler mi? Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):138-45.
2. Akyol A, Gönen Yağcı Ş, Tekirdağ Aİ. Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. JOPP Dergisi. 2011;3(2):55-63.
3. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18–49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2016;21(2):119-28.
4. Gönen F, Elmas S. Cerrahi birimde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;13(3):1194-1204.
5. Paker S, Ertem G. Doğum İnançları Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2022;32(1):1-8. doi: 10.4274/terh.galenos.2020.89814.
6. Uzun B, Dağ EN. Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebenin rolü. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2019;6(2):87-90.
7. Yeşildağ B, Gölbaşı Z. Kadınların vajinal doğuma yönelik tutum ve davranışlarını geliştirmede sağlık inanç modelinin kullanımı. Anatolian Journal of Health Research. 2022;3(3):163-67.
8. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf> Erişim tarihi: 10.03.2025
9. Preis H, Benyamini Y. The birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017;38(1):73-80. doi: 10.1080/0167482X.2016.1244180.
10. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. Health Commun. 2010;25(8):661-69. doi: 10.1080/10410236.2010.521906.
11. Esenkaya E, Gölbaşı Z. Nullipar gebelerin doğum sağlık inancı ve doğum korkusu düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Anatolian Journal of Health Research. 2024;5(2):162–69. doi: 10.61534/anatoljhr.1445210.
12. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Prediction of birth type based on the health belief model. J Family Reprod Health. 2017;11(3):159–64.
13. Hassani L, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Dadipoor S. The effect of an instructional program based on health belief model in decreasing cesarean rate among

primiparous pregnant mothers. J Educ Health Promot. 2016;5(1):1. doi: 10.4103/2277-9531.184558.

14. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The health belief model. BMC Health Serv Res. 2015;15:274. doi: 10.1186/s12913-015-0931-z.

15. Mohtasham G, Afshari A. Application of health belief model for predicting delivery method among pregnant women of Semirom: A cross-sectional research. World Appl Sci J. 2013;22(4):494–99.

16. Amanak K. Gebelerin vajinal ve sezaryen doğuma yönelik görüşleri: Nitel bir çalışma. SAUHSD. 2022;5(2):122–40. doi: 10.54803/sauhsd.1037774.

17. Technical Working Group, World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Birth. 1997;24(2):121–23.

18. Topaktaş G, Beylik U. Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2024;21(2):102–13.

19. Williams DE, Pridjian G. Obstetri. In: Rakel D, Rakel R, editors. Rakel Aile hekimliği. Saatçı E, çeviri editörü. 9. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. p. 365-409.

20. Bennett TA, Proudfit C, Roman AS. Normal ve anormal doğum eylemi ve doğum. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Current Güncel obstetrik ve jinekoloji tanı ve tedavi. Tıraş MB, Çakıroğlu AY, çeviri editörleri. 12th ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. p. 156-63.

21. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Normal labor. In: Williams Obstetrics. 26th ed. 2022. p. 398-495.

22. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği 17th ed. Ankara, Akademisyen Kitabevi; 2021:15-17.

23. Korkmaz BŞ. Kadın doğum kliniklerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin doğum şekli tercihleri, tercihlerin nedenleri ve bu tercihlerin nedenlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023.

24. Aktaş S, Erkek ZY. Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):111–24.

25. Sukgen G, Türkay Ü. Vajinal doğum sırasında istenmeyen durumlar: Omuz distosisi. Bozok Tıp Dergisi. 2020;10(4):7–14. doi: 10.16919/bozoktip.677029.

26. Hutchison J, Mahdy H, Jenkins SM, Hutchison J. Normal Labor: Physiology, Evaluation, and Management. [Updated 2025 Feb 15; cited 2025 Apr 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>

27. Arslan E, Akçabay Ç. Vakum yardımcı vajinal doğumun maternal ve neonatal sonuçları. DEU Tıp Derg. 2021;35(3):264-9.
28. Fidan U, Ulubay M, Kıncı MF, Mutlu H, Bodur S, Yenen MC. Vakum yardımcı doğum: Neden çekiniyoruz? KTD. 2018;19(1):1-6.
29. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-105977/haber-bulteni-2023.html> Erişim tarihi: 17.03.2025
30. Gözükara F, Eroğlu K. 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. 2011;18(2):89-100.
31. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2010;116(2 Pt 1):450-463. doi:10.1097/AOG.0b013e3181eeb251
32. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf> Erişim tarihi: 13.04.2025
33. Şentürk Erenel A, Pelit Aksu S. Sezaryen sonrası vajinal doğum: Neden ve hangi koşullarda? Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):235-42.
34. Büyük Türkçe Sözlük [İnternet]. Ankara: Türk Dil Kurumu; Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 12.02.2025
35. Korkut S, Kaya N. Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. HSP. 2019;6(1):144-52.
36. Özkan H, Uzun Özer B, Arı Ö. Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: Modern sezaryen teorisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2021;30(4):226-35.
37. Yiğit S. Sağlık çalışanı olan ve olmayan annelerin doğum şekli tercihleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2015.
38. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). C-Sections: How to Stop the Epidemic [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.figo.org/news/c-sections-how-stop-epidemic> Erişim tarihi: 20.04.2025
39. Taşkın R, Çağan ES, Solmaz E, Eminov E. Sezaryen niyet ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;7(2):272-81. doi: 10.62425/esbder.1509143.
40. Sizear MI, Rashid M. Urgent need to address increasing caesarean section rates in lower-middle-income countries like Bangladesh. Front Glob Womens Health. 2024;5:1365504. doi: 10.3389/fgwh.2024.1365504.
41. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/16-06->

2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access

Erişim Tarihi: 29.01.2025

42. Küçük M. Striking rise of cesarean section rates in Türkiye: There is a need for a whole new perspective. *Pan Afr Med J.* 2024;48:6. doi: 10.11604/pamj.2024.48.6.12380.
43. Demirbaş M, Karabel MP, İnci MB. Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2018;7(4):158-63.
44. Öcal Z, Kaya MS, Bayıroğlu F. Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *TSAD.* 2022;3(1):1-19.
45. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02> Erişim tarihi: 13.04.2025
46. Ünsal M, Zorlu U, Aktemur G, Vanlı Tonyalı N, Diktaş EG, Baştemur AG, ve ark. Sezaryen oranlarının Robson on grup sınıflandırılması ile değerlendirilmesi: Sezaryen oranları azaltılabilir mi? *Hitit Medical Journal.* 2023;5(3):185-9. doi: 10.52827/hititmedj.1304323.
47. Şentürk Erenel A, Çiçek S. Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2018;9(2):123-9. doi: 10.22312/sdusbed.406819.
48. Ünal Toprak F, Turan Z. Hemşirelik öğrencilerinin doğum inançları ile doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.* 2023;6(2):427-36. doi: 10.38108/ouhcd.1108757.
49. Temizkan E, Mete S. Primipar gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2020;17(2):112-9.
50. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing.* 2012;20(3):210-8.
51. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2014;7(3):230-7.
52. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranışı modelleri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 2015;5(1):28-34.
53. Çiftci N, Kadioğlu H. Türkiye'de sağlık inanç modeline dayalı geliştirilen ve Türkçeye uyarlanan ölçekler. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2020;8(6):2015-21.
54. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2007;6(6):427-34.

55. Rohleder P. Critical issues in clinical and health psychology. London: SAGE Publications; 2012.
56. Al-Battawi JA, Ibrahim WA. Applying health belief model to predict factors influencing women decision regarding mode of delivery. IOSR JNHS. 2017;6(6):44-56.
57. Yeşildağ Çelik B. Sağlık inanç modeline dayalı geliştirilen ve motivasyonel görüşme ile desteklenen web tabanlı doğum eylemine hazırlık programının primigravida kadınlarda doğum korkusu, doğum öz yeterliliği ve doğum süreci üzerine etkisi [Doktora tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022.
58. Naghibi SA, Khazae-Pool M, Moosazadeh M. The Iranian version of theory-based intention for cesarean section (IR-TBICS) scale: Development and first evaluation. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):5. doi: 10.1186/s12884-020-03498-3.
59. Yeşildağ Çelik B, Gölbaşı Z. Development and the validity and reliability study of the birth health belief scale. Clin Exp Health Sci. 2023;13(4):823-8. doi: 10.33808/clinexphealthsci.1087678.
60. Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 6. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2020
61. Sönmez CI, Sivashoğlu AA. Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. Konuralp Medical Journal. 2019;11(3):369-76. doi: 10.18521/ktd.629706.
62. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2013;6(2):81-7.
63. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum istatistikleri, 2023 [İnternet]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2023-53708> Erişim tarihi: 20.02.2025
64. Bedir N, Ekerbiçer HÇ, Köse E, Köse O, Demirbaş M. Nullipar gebelerin gebelik süresince doğum şekli tercihi ve gerçekleşen doğum şekli. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2023;8(2):174-82. doi: 10.35232/estudamhsd.1186331.
65. Kosan Z, Kavuncuoglu D, Calıkoglu EO, Aras A. Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019;48(6):395-400. doi:10.1016/j.jogoh.2019.03.009
66. Şahin Büyük D, Çetinkaya A. Women's delivery mode preferences and influencing factors. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2022;4(2):134-45. doi:10.54061/jphn.1079168
67. Kahraman A, Şen AYTEKİN M, Mete Sandalcı E, Alparslan Ö. Primipar gebelerin gebelik algıları ve doğum öz-yeterliliği arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2024;40(2):177-86. doi:10.53490/egehemsire.1285033

68. Yanılmaz P, Beydağ KD. Primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres ve eş desteği arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2023;33(2):87-94.
69. Oner C, Catak B, Sutlu S, Kilinc S. Effect of social factors on cesarean birth in primiparous women: a cross-sectional study (social factors and cesarean birth). *Iran J Public Health*. 2016;45(6):768-73.
70. Yurtsever C, Set T. Gebelik öncesi bakım alma ve gebeliklerin planlı olma durumunun folik asit ve sigara ile ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *TJFMPC*. 2018;12(1):43-48. doi:10.21763/tjfmpe.399914.
71. Batman D. Gebe kadınların gebelikleriyle ilgili araştırdığı konular ve bilgi kaynakları: nitel bir çalışma. *KOU Sag Bil Derg*. 2018;4(3):63-69. doi:10.30934/kusbed.427777.
72. Cirban E, Özsoy S. Gebelikte bilgi ihtiyacının karşılanmasında internetin rolü. *STED*. 2020;29(5):351-60. doi:10.17942/sted.513554.
73. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018 Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf Erişim Tarihi: 13.04.2025
74. Vogels-Broeke M, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Sources of information used by women during pregnancy and the perceived quality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):109. doi:10.1186/s12884-022-04422-7.
75. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı bilişim teknolojileri (BT) kullanım araştırması, 2024 [Internet]. Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2024-53492) Erişim tarihi: 16.04.2025
76. Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *TJPH*. 2013;11(2):59-71.
77. Dönmez A, Er M, Karaçam Z. Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Life Sciences*. 2018;13(1):1-10.
78. Özçelik G, Karaçam Z. Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;30(3):1-18.
79. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *HSP*. 2016;3(3):140-7. doi:10.17681/hsp.61635.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Gebelik ve Sigara [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008. Erişim adresi: https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/Gebelik_ve_Sigara.pdf Erişim tarihi: 13.04.2025
81. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2008.

82. Kahyaoğlu S, Özel Ş, Engin Üstün Y, Erdöl C. Gebelik ve sigara bırakma. JGON. 2018;15(1):24-7.
83. Karabulut S, Bilici R. Gebelik ve postpartum dönemde alkol ve madde kullanım bozuklukları. In: Beştepe EE, editor. Gebelik ve Postpartum Dönemde Psikiyatrik Hastalıklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p. 38-44.
84. Aktaş D, Gökgöz N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(1):65-82.
85. Karaoğlu S, Duman MZ. Dini inanç ve tutumların doğurganlık üzerindeki etkileri (Van ili örneği). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;10(50):391-404.
86. Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Şahin Aker S, Koç A. The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. Turk J Obstet Gynecol. 2016;13(3):127-31. doi:10.4274/tjod.46144.
87. Özakıncı OG. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran nullipar gebelerin doğum şekli niyetlerinin planlanmış davranış kuramı çerçevesinde değerlendirilmesi [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
88. Elgzar WT, Alshahrani MS, Ibrahim HAF. Mode of delivery preferences: the role of childbirth fear among nulliparous women. Front Psychol. 2023;14:1221133. doi:10.3389/fpsyg.2023.1221133.
89. Bülbül M. Primer sezaryen doğum oranını etkileyen faktörler. Uludağ Tıp Derg. 2021;47(1):111-5. doi:10.32708/uutfd.884418.
90. Karaca BZ, Karaca Dedeoğlu A. Sezaryen doğumları azaltmaya ilişkin alınan önlemlerin değerlendirilmesi. Artuklu Health. 2024;(10):47-58. doi:10.58252/artukluhealth.1544944
91. Toker E, Turan Z, Omaç Sönmez M, Kabalcıoğlu Bucak F. Why have the numbers of cesareans increased globally? The factors that affect women's decisions about cesarean delivery in Turkey. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020;33(20):3529-3537. doi:10.1080/14767058.2019.1644311
92. Esenkaya E. Nullipar gebe kadınların doğum sağlık inancı ve doğum korkusunun belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022.
93. Calpbinici P, Kızıllırmak A, Timur Taşhan S. Sezaryen için teori temelli niyet ölçeği: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anatolian J Health Res. 2024;5(2):99-106. doi:10.61534/anatoljhr.1415078
94. Santas G, Santas F. Trends of caesarean section rates in Turkey. J Obstet Gynaecol. 2018;38(5):658-62. doi:10.1080/01443615.2017.1400525
95. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. Birth. 2018;45(2):109-19. doi:10.1111/birt.12319

96. Özel Ş, Ünal Karagözoğlu N, Korkut S, Öksüzoğlu A, Engin-Üstün Y. Kadın sağlığı hastanesinde sigara bırakma poliklinik hizmetleri ve gebelikte sigara içen kadınların gebelik sonuçları. *Türk Hij Deney Biyol Derg.* 2019;76(1):67-74.
97. Alp Yılmaz F, Durgun Ozan Y. Women's birth beliefs and associated factors in an obstetrics clinic in the Southeastern Anatolian Region of Turkey. *J Health Res.* 2020;34(4):345-51. doi:10.1108/JHR-07-2019-0166
98. Sis Çelik A, Atasever İ. Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2020;23(2):267-76.
99. Pirdal H, Yalçın BM, Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi.* 2016;20(1):7-15. doi:10.15511/tahd.15.21606
100. Evcili F, Bekar M, Yurtsal B, Abak G, Tali B, Temel S. Doğum sonu dönemdeki kadınların annelik rolüne hazır oluşluk durumlarının ve özgüvenlerinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2018;27(1):56-61.
101. Dinç B, Karataş Okyay E. Kadınların doğum inançları ve etkileyen faktörler. *Anatolian J Health Res.* 2021;2(2):57-63. doi:10.29228/anatoljhr.52200
102. Yağmur Y, Çubuk MM. Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. *Ann Health Sci Res.* 2017;6(1):7-11.
103. Düzbayır E, Karadeniz H, Süzer Özkan F. Gebelerin kendilerini algılaması ile vajinal doğum öz-yeterliliği arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2023;12(1):160-8. doi:10.53424/balikesirsbd.1038623
104. Disney JA. The context of women's childbirth decisions regarding vaginal birth after cesarean section [dissertation]. Tucson (AZ): The University of Arizona; 1998.
105. Dursun P, Yanik FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscü E, Ayhan A. Why women request cesarean section without medical indication? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(9):1133-7. doi:10.3109/14767058.2010.531327
106. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric "conveniences": elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2005;19(2):134-44. doi:10.1097/00005237-200504000-00010