

T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME AİT
ENDİŞELERİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ

NİHAL USLU

EBELİK ANABİLİM DALI

EBELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MAYIS

2022

T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME AİT
ENDİŞELERİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ

NİHAL USLU

DANIŞMAN

PROF. DR. AYŞE YASEMİN KARAGEYİM KARŞIDAĞ

EBELİK ANABİLİM DALI

EBELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MAYIS

2022

ETİK BEYAN

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

Nihal USLU

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans öğrencisi Nihal USLU tarafından Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'ın danışmanlığında hazırlanan “Primipar Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Ait Endişeleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/05/2022 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Öğretim Üyesi

Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Neriman GÜDÜCÜ

İstinye Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Öğretim Üyesi

İTHAF

Canım anneme ve canım babama...

TEŞEKKÜR

Bir Türk kadını olarak bu tezi yazabilmemi sağlayan Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Çalışma süresince desteklerini ve tecrübesini hiçbir zaman benden esirgemeyen, yanında çalışmaktan gurur duyduğum değerli tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'a

Tezimin istatistiksel analiz kısmında değerli yardımlarından dolayı Sayın Bülent KILIÇ'a

Araştırmamın uygulama kısmına izinlerinden dolayı hastane yönetimlerine,

Uygulamayı yürüttüğüm doğumhane ve kadın doğum servisi ebe ve hemşirelerine,

Çalışmama katılmayı kabul ederek bana destek sağlayan annelere,

Mesleki eğitimime katkıları olan tüm saygıdeğer hocalarıma,

Her daim sabırla, şefkatle, sevgiyle, gururla yanımda olduklarını bildiğim, evlatları olmaktan gurur duyduğum, canım babam Ferudun USLU'ya ve canım annem Gülşen USLU'ya teşekkür ederim.

Nihal USLU

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
TEZ ONAYI.....	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Gebelik Kavramı	3
2.1.1.Primipar Gebelik	4
2.1.2.Multipar Gebelik	4
2.2 Doğum	4
2.2.1. Normal doğum.....	4
2.2.2 Müdahaleli doğum.....	5
2.2.2.1 Epizyotomi uygulaması	6
2.2.2.2. Vakum Ekstraksiyon	7
2.2.2.3 Forseps Uygulaması	8
2.2.3 Sezaryen Doğum	8
2.2.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD).....	12
2.3. Sezaryen Oranlarını Azaltmada Ebenin Rolü.....	13
2.4. Gebe Okulları – Doğuma Hazırlık Sınıfları	14
2.5. Korku ve Endişe	15
2.5.1. Endişenin Perinatal ve Postnatal Sürece Etkisi	16
2.6. Yaşam Kalitesi	17
2.6.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19

3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	20
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	21
3.5.1.1. Sosyo-Demografik Özellikteki Bağımsız Değişkenler	21
3.5.1.2. Gebelik Süreci (Gebelik Öncesi / Gebelik Sırası / Gebelik Sonrası) İle İlgili Bağımsız Değişkenler	22
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	23
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	23
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	23
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK – 1)	23
3.7.2. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği (EK – 2)	24
3.7.3 Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK – 3)	24
3.8. Verilerinin Analizi	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin	26
3.10. Araştırma Takvimi	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuçlar	47
6.2. Öneriler	48
7. KAYNAKLAR	49
EKLER	58
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	58
EK-2. OXFORD DOĞUM ENDİŞESİ ÖLÇEĞİ	62
EK-3. DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	63
EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ KATILIM RIZA FORMU	68
EK-5 ETİK KURUL KARARI	69
EK- 6 KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI	72

EK- 7 KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMA EK SÜRE TALEBİ İZİN YAZISI.....	73
EK-8 OXFORD DOĞUM ENDİŞESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ.....	74
EK-9 DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ.....	75
EK-10 ÖZGEÇMİŞ	76



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Ait Tanımlayıcı İstatistik Değerleri.....	27
Tablo 4.2. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'ne Ait Tanımlayıcı İstatistik Değerleri .	27
Tablo 4.3. Çalışmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Demografik Verileri	28
Tablo 4 4. Çalışmaya Katılan Kadınların Obstetrik Verileri.....	29
Tablo 4.5. Kadınlara Yardımcı Olacak Kişilerin Dağılımı	30
Tablo 4.6. Kadınların Doğum Endişesi ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri İle Sosyodemografik İlişki Dağılımı.....	31
Tablo 4.7. Primipar Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Obstetrik Verileri İle Bebeği İçin Sağlık Endişesi Taşıma Durumuna Göre Doğum Endişesi Düzeyleri'nin Karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. Primipar Kadınların Demografik ve Obstetrik Verileri, Taburculuk Sonrası Sosyal Destek Değişkenleri İle Doğum Endişesi Düzeyleri'nin Karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. Primipar Kadınların Demografik Özellikleri ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Veriler.....	34
Tablo 4.10. Primipar Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Değişkenleri İle Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar	35
Tablo 4.11. Primipar Kadınların Demografik, Obstetrik ve Taburculuk Sonrası Sosyal Destek Değişkenleri İle Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Düzeyleri'nin Karşılaştırılması	36

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
RCOG	:Kraliyet Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji
ACOG	:Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
HIV	:İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
RDS	:Respiratuar Distress Sendromu
NICE	:Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
DSYKÖ	:Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
OWLS	:Oxford Doğum Endişesi Ölçeği
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	:Sosyal Bilimler Versiyonu İçin İstatistik Paketi
SSVD	:Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

ÖZET

Primipar Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Ait Endişeleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Primipar Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Ait Endişeleri ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini doğum yapmış 97 primipar kadın oluşturmuştur. Kadınlara Kişisel Bilgi Formu, Oxford Doğum Endişesi Ölçeği ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmış ve “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi” ve “Oxford Doğum Endişesi Ölçeği”ne ait güvenilirlik analizi katsayıları (Cronbach Alfa) hesaplanmıştır. Anlamlılık düzeyi ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir. Kadınların %36,1’i 23-27 yaş arasında, %43,3’ü üniversite ve üstü eğitim almış ve Oxford Doğum Endişesi puan ortalaması $26,48 \pm 6,24$ idi. ‘Doğum korkusu yaşama durumu’ ($24,97 \pm 5,69$) ve ‘Bebekleri için sağlık endişesi taşıma durumu’ değişkenine göre ($25,65 \pm 6,20$) kadınların “doğum endişesi yaşaması” anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırası ile $p=0,000$, $p=0,028$). Primipar kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması $22,75 \pm 3,37$ saptandı. Doğum sonu yaşam kalitesi ‘vajinal doğum’ yapan primipar kadınlarda sezaryen doğum yapanlardan daha yüksek bulundu ($p=0,002$). Kadınların Doğum Endişesi ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,799$). Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ile kadının yaşı ($p=0,071$) ve sosyal güvencesinin olması ($p=0,095$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da ilişkili saptandı. Primipar kadınlara doğum öncesi eğitimlerin verilmesi ve gerekli desteğin sağlanması ile doğum endişeleri azaltılacak, dolayısıyla kadınların normal doğum oranları ve yaşam kaliteleri artmış olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Primipar, Doğum, Doğum Endişesi, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Concern and Quality of Life Levels of Primiparous Women About the Birth and Postpartum Period

This is a descriptive type of study conducted to determine the concerns related to childbirth and the postpartum period and life quality levels of primiparous women. The sample of the study consisted of 97 primiparous women who had given birth. Personal Information Form, Oxford Birth Anxiety Scale and Postpartum Quality of Life Scale were applied to women by face-to-face interview method. For the analysis of the data, IBM SPSS Statistics 20 program was used and the reliability analysis coefficients (Cronbach Alpha) of the “the Postnatal Quality of Life” and “Oxford Birth Anxiety Scale” were calculated. The significance level was determined as ($p < 0.05$). 36.1% of the women were between the ages of 23 and 27, 43.3% were graduates or post-graduates at a university, and the average Oxford Birth Anxiety score was 26.48 ± 6.24 . According to the variables 'State of fear of childbirth' (24.97 ± 5.69) and 'State of health anxiety for their babies' (25.65 ± 6.20), women's “fear of childbirth” was found to be significantly higher ($p = 0.000$, $p = 0.028$, respectively). The mean score of the Postnatal Quality of Life Scale of Primiparous women was found to be 22.75 ± 3.37 . Postpartum quality of life was found to be higher in primiparous women who had a 'vaginal delivery' than those who had a cesarean section ($p = 0.002$). There was no significant relationship between Women's Anxiety about Childbirth and Postpartum Quality of Life Levels ($p = 0.799$). Although it was not statistically significant, the women's age ($p = 0.071$) and the presence of social security ($p = 0.095$) were associated with the quality of life after childbirth. With the prenatal trainings and support that will be given to primiparous women, the anxiety of childbirth will be reduced and the vaginal birth rates will increase. Therefore, women's postpartum life quality will increase as well.

Keywords: Primiparous, Childbirth, Birth Anxiety, Postpartum Life Quality

1.GİRİŞ

İnsanlığın varoluşundan bu yana toplumun oluşturan temel unsurlardan biri kadınlardır. Gebelik ve doğum insan yaşamında hep var olmuş önemli bir gerçektir (Karakaplan, 2007). Üreme çağı, kadın yaşamında önemli bir dönem olarak yer almakta ve 15-49 yaş aralığını kapsamaktadır. Aynı zamanda doğurganlık evresi, kadının yaşam kalitesini direkt etkileyen bir dönemdir (Karakaplan, 2007).

Gebelik, üreme çağında kadının özel deneyim yaşadığı bir dönemdir. Kadın bu dönemde bir yandan annelik rolüne hazırlanırken bir yandan da doğacak bebek için hayatında yeni gelişimler yaşamaktadır. Ayrıca üreme çağındaki kadınların sağlık kuruluşlarına başvuru nedenlerinin önemli bir kısmını da gebelik ve komplikasyonları oluşturmaktadır (Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018; Karabulutlu ve Yavuz , 2019).

Doğum; 20 hafta ve üzerinde en az 500 gr ağırlığına erişmiş fetüsün vajinal veya abdominal yolla dünyaya geldiği bir süreçtir (Yanık ve Yanık, 2020).

Doğum endişesi hemen hemen tüm gebelerde gözlenen bir durumdur. Özellikle ilk gebeliği olup doğum tecrübesi yaşamayan kadınlarda doğuma yakın süreçte doğum ve doğum sonrası döneme ait endişeler artmaktadır (Subaşı vd., 2013). Kadının daha önce doğumla sonuçlanan gebeliğinin ve doğum süreci hakkında deneyiminin olmasıda doğum endişesini tamamen giderememektedir (Erkal Aksoy ve Özentürk, 2016). Özellikle yenidoğana yönelik sağlık durumu endişesi ve doğum sonu dönemde bebeklerine bakım verme konusundaki endişeler sık görülmektedir (Subaşı vd., 2013). Bununla birlikte müdahaleli doğum düşüncesi, önceden doğum deneyimlemiş olan hemcinsleri tarafından anlatılan olumsuz doğum hikayeleri, mahremiyet konusuna gerekli özenin sağlanamayacağı endişesi gibi durumlar kadınlardaki doğum endişesi seviyesini arttırmaktadır (Aksoy ve Özentürk, 2016). Bu düşüncelerin etkisi altındaki gebeler henüz doğum başlamadan vajinal doğuma alternatif olarak gördükleri sezaryen doğumu tercih edebilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) verilerinde sezaryen oranının %52 olması da bu görüşü destekler niteliktedir.

Kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçle ortaya çıkan yeni rollere adaptasyonu için, özellikle gebelik döneminde bu süreçlere hazırlanması ve her aşamada aile bireylerinin desteği büyük önem arz etmektedir (Altuntuğ ve Ege, 2012).

Bu çalışma: ilk gebeliği olup hiç doğum tecrübesi yaşamamış vajinal veya sezaryen doğum ile ilk doğumunu yapmış kadınların doğum endişesi ve doğum sonu yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen faktörleri saptamak ve literatüre katkıda bulunmak amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Gebelik Kavramı

Gebelik; fertilizasyon ile başlayıp doğum ile son bulan süreci kapsamaktadır (Börü, 2016). Bu dönem 40 hafta ya da 280 güne tekabül etmektedir (Uysal, 2017). Bu dönemde kadın bedeninde birçok değişiklikler yaşanmaktadır (Börü, 2016). Trimester olarak adlandırılan üç aylık dönemlere ayrılmaktadır, her trimester kendi içinde ayrı bazı özellikler barındırmaktadır. Özellikle ilk haftalarda metabolik değişiklikler olmakta ve kadın bu döneme uyum sağlamaya çalışmaktadır. Mide bulantısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet, sık idrara çıkma, halsizlik ve yorgunluk en sık saptanan birinci trimester şikayetleridir. Bunların yanında kadın, gebelik sürecine ve annelik rolüne ruhsal olarak da hazırlanmaya başlamaktadır. İkinci üç aylık dönemde ilk trimester şikayetlerinde azalma gözlenirken bunların yerini ciltte görülen renk değişiklikleri, konstipasyon ve kas krampları almaktadır (Uysal, 2017). Bu dönemde kadın gebeliği benimsemiş, sürece uyum sağlamış ve daha dışa dönük davranışlar göstermeye başlamıştır. Kendisi ve bebeğiyle ilgili bilgiler edinme arayışındadır (Pardes, 2017). Fetal hareketlerin hissedilmeye başlanmasıyla kadın bebeğini ayrı bir birey olarak kabul etmeye başlamaktadır (Serçekuş, 2005). Üçüncü trimester, 27-40. haftalar arasını kapsamakta ve gebeliğin büyümesi ile tekrar bazı yakınmalar ortaya çıkmaktadır. Büyüyen uterusun göğüs kafesine yaptığı basınç ile oluşan solunum sıkıntıları, kısıtlı hareket kabiliyeti, çarpıntı, sık idrara çıkma ve zaman zaman görülen idrar kaçırma problemi, karın, sırt, bel, kasık ağrıları, bacak krampları, uyku problemleri sıklıkla görülmektedir. Aynı zamanda doğumun ne zaman ve ne şekilde başlayacağını bilememe, bebeğin sağlığından endişe duyma kadının son trimester konforunu olumsuz etkilemektedir (Kitapçıoğlu vd., 2008; Uysal, 2017; Yılmaz, 2017).

Gebelik, bir komplikasyon gelişmedikçe kadın bedeninin deneyimlediği fizyolojik bir olaydır ve hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Aile bütünlüğünün oluşması, neslin devamının sağlanması ve sosyal statünün değişmesi gibi durumlar birçok toplumda gebeliği önemli kılmaktadır (Börü, 2016).

Gebelik dönemi annelik rolüne geçişte psikolojik, emosyonel ve fiziksel değişimlerin gerçekleştiği bir kriz dönemidir; aynı zamanda kendine güven ve değer duygusunda oluşturmaktadır (Şahsivar, 2007). Fiziksel değişiklikler ve annelik rolüne uyum kadını psikolojik olarak doğuma hazırlanmaya zorlamaktadır. Gebelik dönemi sonunda bu psikolojik şikayetlerin gerilemesi beklenmektedir ancak bazı kadınlarda daha uzun süreli veya kalıcı olabilmektedir (Kaplan vd., 2007). Daha önce doğum deneyimi yaşamadıkları için primipar kadınlarda bu bilinmezlik, doğuma yönelik daha fazla korku ve endişe yaşanmasına neden olmaktadır. Multipar gebelerde ise daha önce deneyimledikleri olumsuz doğum deneyimleri bu gebelik veya doğumda da gerçekleşebileceği düşüncesi endişe ve korku duymalarına neden olabilmektedir. Genellikle nulliparlarda, multiparlara oranla doğuma yönelik daha yoğun korku ve endişe yaşanmaktadır (Pardes, 2017).

2.1.1.Primipar Gebelik

Yaşama kapasitesine ulaşan (20.hafta ve üzerinde en az 500 gr ağırlığında erişmiş fetus) ilk gebeliği olan veya ilk bebeğini doğurmuş kadını tanımlamaktadır (Taşkın, 2016; Yanık ve Yanık, 2020).

2.1.2.Multipar Gebelik

Ölü veya canlı doğumla sonuçlanan iki veya daha fazla gebelik geçiren kadını ifade etmektedir (Taşkın, 2016).

2.2 Doğum

2.2.1. Normal doğum

Günümüzde bilinen doğumun normal mekanizması 18. Yüzyılda William Smellie tarafından tanımlanmıştır (Evrüke ve Mısırlıoğlu, 2014). Düzenli kontraksiyonların varlığı ile buna servikal efasman ve dilatasyonun eşlik etmesi ile gerçekleşmektedir (Oral, 2013). Uterin kontraksiyonlar, her gebede ve gebeliğin her evresinde farklı karakteristiğe sahiptir (Arıkan, 2014). Doğum son menstürel siklustan ortalama 40 hafta sonra, büyüme ve gelişimini tamamlayan fetus ve diğer konsepsiyon ürünlerinin vajen yoluyla atıldığı fizyolojik bir olaydır (Arıkan, 2014; Uysal, 2017).

Kadın vücudunun fizyolojik yapısı genellikle vajinal doğum için uygundur ve vajinal doğum doğal doğum şeklidir (Büyük, 2017). Dünya Sağlık Örgütü normal vajinal doğumu; 37-42 haftalar arasında tek vertex pozisyonunda fetüsün olduğu gebelikte, anne ve bebeğin iyilik durumlarının mevcut olması ve vajinal yoldan doğum ile sonlanması olarak tanımlamaktadır. Laughton vd (2013) nulliparlarda, 1959-1966 yılları arası ile 2002-2008 arası spontan miad vajinal doğumların süresini karşılaştırmış ve eylem süresinin 50 yıl içinde yaklaşık 2 saat uzadığı görülmüştür.

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (2010), eylem süresince fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için herhangi bir anormalliğin saptanmamış olması durumunda doğumun birinci evresinde kontraksiyon sonrası en az 30 dakikada bir, ikinci evrede en az 15 dakikada bir kontrol edilmesini önermektedir. Riskli gebeliklerde ise bu takip birinci evrede 15 dakikada bir, ikinci evrede ise 5 dakikada bir yapılmalıdır.

2.2.2 Müdahaleli doğum

Doğumda herhangi bir sebeple uygulanan girişimlerin tümü (epizyotomi uygulaması, vakum ekstraksiyonu ve forseps uygulaması gibi) müdahaleli doğum kategorisine girmektedir (Börü, 2016). Bu doğumlar operatif vajinal doğum olarak da adlandırılmaktadır ve sıklığı ülkeler, bölgeler arası farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004 yılında gerçekleşen operatif vajinal doğumların %0,56'sı forseps, %2,58'i vakum ekstraksiyon ile gerçekleşmiştir (Clark vd., 2008).

Uygulamayı yapacak olan hekimin deneyimi bu oranları etkilemektedir. Annenin süreçten yorulması ve efektif ıkınmaların gerçekleşmemesi, bir takım tıbbi endikasyonlara bağlı olarak (kardiyak, nörolojik veya pulmoner hastalıklar) annenin ikinci devrede ıkınmasının istenmemesi, fetal başın ilerlemesinin durması veya doğumun ikinci devresinde fetal kalp atımlarının bozulması operatif enstrümanların uygulanma endikasyonları arasında yer almaktadır. Bununla birlikte medikolegal endişeler nedeniyle hekimlerin bu uygulamalar konusunda çekimser davrandığı ve müdahaleli doğum endikasyonu olsada sezaryenin tercih edilme sıklığının arttığı görülmektedir. Sezaryen doğum, operatif doğumlara alternatif cerrahi bir girişimdir (Demirel ve Demir 2020; Tanaçan ve Beksaç 2019). Aslında operatif doğum

sezaryenin kısa ve uzun dönem komplikasyonlarından kaçınmak için uygun koşullarda uygulanan bir prosedürdür (Demirel ve Demir 2020; Oral, 2013).

2.2.2.1 Epizyotomi uygulaması

Doğumu kolaylaştırmak, perineal gerilme ve pelvik taban kaslarını korumak amacıyla perineye yapılan median veya mediolateral insizyondur (Oral, 2008; Oral, 2013).

Güvenilir, memnuniyet verici, haz veren bir cinsel yaşam sürdürmek temel insan haklarından biridir ve perineal travma kadında doğum sonrası pelvik bölge sağlığını olumsuz etkileyen bir durumdur (Karaçam, 2008). Perineal travma kadının cinsel yaşam ve beden imgesini, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Erbaba ve Pınar 2016; Karaçam, 2008).

Geçmişte epizyotomi doğumda özellikle primiparlarda rutin olarak öneriliyordu. Günümüzde epizyotomi uygulamasının perineal travmayı azaltmadığı ve sadece gerekli durumlarda uygulanması gerektiği önerilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2003; Karaçam, 2008).

Günümüz trendi olan doğal doğum veya doğala yakın doğumda epizyotomi uygulamasından kaçınılmaktadır. Mediolateral epizyotomi uygulaması sonrası doğum sonu uzun süreli perineal ağrı, disparoni ve kötü yara yeri iyileşmelerinin görüldüğü bildirilmiştir (Aktuna vd., 2019; Karaçam, 2008; Tayyar vd., 2018). Median epizyotomide ise anal sfinkter yaralanmaları sık görülmektedir (Aktuna vd., 2019; Demirel ve Demir 2020; Karaçam, 2008; Tayyar vd., 2018). Ancak halen vakum veya forseps uygulaması öncesinde ve seçilmiş vakalarda (iri bebek, fetal distress, rijit perine) epizyotomi açılmasını destekleyen gruplar bulunmaktadır (Aktuna vd., 2019; Demirel ve Demir, 2020; Karaçam, 2008; Tayyar vd., 2018).

Enstrümantal uygulamalarda tercih edilecekse mediolateral veya lateral insizyonun uygulanması önerilmektedir (Aktuna vd., 2019; Demirel ve Demir 2020; Karaçam, 2008; Tayyar vd., 2018). Karaçam ve arkadaşları vajinal doğumların %64-74,2'sinde epizyotomi uygulandığını bildirmiştir (Karaçam, 2008). Başka bir çalışmada ise bu

oran primiparlarda %96,7, multiparlarda %51,8 olarak bildirilmiştir (Sayiner ve Demirci, 2007).

Çalışmalarda gebeliğin 35. haftasından itibaren uygulanan perine masajının onarım gerektiren perineal travma oranını azalttığı bildirilmiştir (Aktuna vd., 2019; Altuntuğ vd., 2010; Erbaba ve Pınar, 2016). Ayrıca postpartum değerlendirmede perine masajı yapan kadınların perine masajı yapmayan kadınlara oranla daha az perineal ağrı şikayeti olduğu bildirilmiştir (Beckmann ve Stock, 2013).

2.2.2.2. Vakum Ekstraksiyon

İlk vakum ekstraksiyonu 1705 yılında Dr. James Yonge tarafından uygulanmıştır (Malmström, 1957). İsveçli kadın hastalıkları ve doğum hekimi Malmström'ün 1952'de geliştirdiği vakum ekstraktör günümüzde halen kullanılmaktadır.

Vakumların sert ve yumuşak başlıklı olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Yakın zamanda sert ve plastikten yapılmış (Kiwi Omnicup) şekli de kullanılmaya başlanmıştır. Basınç oranı diğer vakuma göre düşüktür ve özellikle fetal başın defleksiyonda olduğu durumlarda doğru yerleştirilemeyebilir. Çalışmalarda başarı oranının metal vakumlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir. Etkin uygulanmasının ilk şartı fleksiyon noktasına doğru yerleştirilmesidir. Anterior fontanel doğru yerleşimin kontrolü için referans noktasıdır ancak ön fontaneli kaplamamalıdır. Dikkat edilmesi gereken bir diğer husus başlığın etrafında herhangi bir servikal, vajinal veya vulvar dokunun bulunmamasıdır. Çekme işlemine mutlaka uterus kontraksiyonu eşlik etmelidir. Traksiyon anında düşük basınç etkili sonuç alınamamasına, yüksek basınç uygulaması ise fetal intrakraniyal veya ekstrakraniyal kanama riskinde artışa yol açmaktadır. Maternal ve fetal morbidite ve mortalite açısından deneyimli kişilerin uygulaması gerekmektedir. Fetal başın inişi sağlanamadıysa 3 çekim veya 15-20 dakikalık bir uygulama sonrası işlem bırakılmalıdır. Aynı vakada hem vakum hem forseps uygulanması ile annede üçüncü veya dördüncü derece laserasyon, postpartum hemoraji, yenidoğanda intrakraniyal veya ekstrakraniyal kanama riskinde artış bildirilmiştir ve önerilmemektedir (Sanhal vd., 2011; Tayyar vd., 2018).

Zeynep Kamil Hastanesi'nde 1968 yılında gerçekleşen 10909 doğumdan 489'una vakum ekstraksiyon kullanılmıştır. Vakum ekstraksiyon uygulanan 489 doğumdan 9 tanesi uygulamaya bağlı ağır asfiksi nedeniyle yenidoğan mortalitesi ile sonuçlanmış, 132 doğumdan sonra yenidoğanda ikter meydana gelmiştir (Akbay ve Büyükoğlu, 1968). Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1988-2009 yılları arasında gerçekleşen çalışmada, vajinal doğumların %1'inde vakum ekstraksiyon kullanılmıştır (Bakırcı, 2010).

2.2.2.3 Forseps Uygulaması

Forseps kaşıklarının uzun eksenini mento-vertikal aksa uygun ve sagittal suture paralel olacak şekilde, iki kontraksiyon arası uterusun gevşediği zaman yerleştirilip kaşıkların kilitlenmesiyle sabit traksiyon uygulanmadır (Tayyar vd., 2018). Forseps uygulaması yenidoğanda en çok tahribat yaratan doğum uygulamasıdır. Uygulamaya bağlı cilt yaralanmaları, kaşıkların yerleştirildiği yerlerde ödem meydana gelebilmektedir. Ayrıca başın malprezentasyonuna bağlı (yüz veya alın geliş) uygulama sırasında forseps kaşıklarının yanlış yerleştirilmesi veya kayması sonucu büyük cilt defektleri, kulak yırtılmaları ve yüz kemik kırıkları oluşabilmektedir (Akbay ve Büyükoğlu, 1968).

Vakum uygulamasına göre forsepsin klinik eğitim süresince pratikte yer almaması, uygulama sıklığını günümüzde azaltmıştır (Tayyar vd., 2018). Bakırcı (2010) tarafından yapılan çalışmada 1988-2009 yılları arasında Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, gerçekleşen vajinal doğum olgularının %1,8'ine forseps uygulandığı bildirilmiştir.

2.2.3 Sezaryen Doğum

İlk yapılan sezaryen doğumlar postmortem kadınlar üzerinde denenmiştir. Antisepsinin gelişmesi, anestezi ve diğer operatif materyallerin kullanılması ve 1940'tan sonra penisilin ile icadıyla gelişen sezaryen doğum oranları artış gösterebilmiştir. Ondokuzuncu yüzyılda maternal hayati tehlike durumunda, 20. yüzyıl sonlarına doğru fetüsün hayati tehlikesinin olduğu durumlarda yapılmaya başlanmıştır, günümüzde ise bazı kesimlerce normal doğuma alternatif bir yöntem olarak görülmektedir (Özgünen ve Evrûke, 2001; Sayın vd., 2018; Todman, 2007).

Sezaryen doğum; fetüs ve eklerinin laparotomi ve histerotomi uygulanarak çıkarılmasıdır. Majör cerrahi operasyonların büyük bir kısmını sezaryen oluşturmaktadır (Amanak ve Karaçam, 2018; Çorakçı vd., 1998; Göynüner vd., 2006; Hotun Şahin, 2009; Özgünen ve Evrûke, 2001).

Uygun kullanımı vajinal doğumun güvenli bir şekilde tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda uygulanmasıdır. Sezaryen, normal doğuma göre daha fazla kısa ve uzun süreli riskleri olan bir uygulamadır ve daha maliyetlidir (Göynüner, 2006; Kurt Can ve Ejder Apay, 2020). Postoperatif dönemde maternal mortalite 5,81-6,1/100000 olarak bildirilmiştir. Morbidite olarak mesane yaralanması (%0,3), üreter yaralanması (%0,1) ve barsak yaralanması (<%1) bildirilmiştir (Sayın vd., 2018).

Ürdün'de üçüncü basamak bir hastanede yapılan çalışmada doğumların %50,5'inin sezaryen ile gerçekleştiği, doğan bebeklerin üçte birinin yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının olduğu görülmüştür (Khasawneh vd., 2020). Bazı çalışmalarda artan eğitim seviyesine paralel olarak sezaryen oranlarında artış gözlemlenmiştir (Kayser Konakçı ve Kılıç 2004; Torkan vd., 2009).

Zaman içinde sezaryenin düşük riskli bir uygulama olarak görülmeye başlanması, bu şekilde doğumun daha sempatik gösterilmesi, doktorların bir kısmının süre ve uygulama bakımından normal doğuma göre daha kısa ve kolay görmeleri ayrıca 2005 yılında TCK'da yapılan değişiklik sonrası artan medikolegal baskılar sezaryen oranlarını arttırmıştır (Gözükara ve Eroğlu, 2011; Taşçı Duran ve Ünsal Altan, 2011).

En sık kullanım endikasyonu distosidir. Diğer endikasyonlar; malprezentasyon, baş pelvis uygunsuzluğu, uterin disfonksiyon, yumuşak doku distosisi, plasenta previa veya vasaprevia, plasenta dekolmanı, fetal distress, umbilikal kord prolapsusudur. Bunlara ek olarak maternal aktif genital herpes enfeksiyonu, HIV pozitif anne, maternal arrest ve ölüm sezaryen endikasyonları arasında yer almaktadır. Ancak son yıllarda ülkemizde ve dünyada elektif sezaryen uygulaması yaygınlaşmıştır; bu konudaki etik tartışmalar ve çalışmalar halen devam etmektedir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010; Yılmaz, 2018)

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı rehberde, annenin sezaryen isteminin uygulama için tek başına yeterli bir sebep olmaması gerektiği bildirilmiştir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010).

Sezaryen endikasyonları arasında bulunan ileri anne yaşı, kıymetli bebek ve infertilite tedavisi sonrası oluşan gebeliklerde planlı sezaryen yerine bir endikasyon varlığında sezaryen yapılması, makat prezentasyona bağlı olarak direkt planlı sezaryen gününün verilmesinin yerine uygun şartlarda eksternal sefalik versiyon uygulanmasının veya nonfarmakolojik yöntemler ile (örneğin; Moksa tedavisi uygulaması) baş prezentasyona dönüşün denenmesi önerilmektedir (Arslan vd., 2019; Sayın vd., 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre 2003 yılında %21,2 olan sezaryen oranının, 2008 yılında %36,7, 2013 yılında %48, 2018 yılı verilerine göre ise %52 olduğu görülmektedir.

Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada 2001 yılında %58 olan sezaryen oranının 2005'te %85'e yükseldiği bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki oranı 2003'te %21, 2007'de %35, 2009'da %43, 2010'da %45, 2015'te %53,1 olarak bildirilmiştir (Gözükara ve Eroğlu 2011; Sayın vd., 2018).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahip ülkeler; Meksika, Türkiye, Kore, Polonya, Macaristan, İrlanda ve İtalya'dır. Türkiye bu ülkeler arasında birinci sıradadır. Sezaryen oranı en düşük ülkeler arasında ise; Hollanda, Norveç, İzlanda, İsveç, Finlandiya gibi ülkeler yer almaktadır (OECD, 2022).

İran'da kadınların %60'ı elektif sezaryeni tercih etmektedir. Tercih sebepleri arasında travay anında ağrı hissetmekten kaçınma, doğum yapacakları tarihi önceden seçebilme sayılmıştır (Torkan vd., 2009). Ülkelere özgü kültürel farklılıklarda bulunmaktadır, Çin'de belirlenen doğum tarihinin gelecekte şans getireceğine inanılan yaygın bir düşünce hakimdir ve elektif sezaryen sayısını arttırmaktadır (Alanbay ve Karaşahin, 2020).

Türkiye’de 2015’te sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların %53,1’i sezaryen doğum ile gerçekleşmiştir. Primer sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı %27,2 olarak bildirilmiştir. Sezaryen doğumların %37,5’i Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler, %69,3’ü üniversite hastaneleri ve %70,5’i ise özel hastanelerde gerçekleşmiştir. Primer sezaryenlerin %15,9’u Sağlık Bakanlığı hastaneleri, %35,9’u üniversite hastaneleri, %39,8’i ise özel hastanelerde gerçekleşmiştir (Sayın vd., 2018; Öcal, 2019). 2018 yılına gelindiğinde ise sezaryen ile doğum yapanların oranının %54,9 olduğu görülmektedir (TC Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018).

Hekimler üzerinde malpraktis davaları nedeniyle oluşan baskı ortamı ve kaygılar, elektronik fetal monitorizasyonun kullanım yaygınlığının artması ile güven vermeyen fetal kalp atımı traseleri sezaryen doğum oranlarının artmasına sebep olmaktadır (Johnson vd., 2016). Yurtdışında yapılan iki çalışmada hekim cinsiyetinin de sezaryen doğumda bir faktör olduğu bulunmuştur; kadın obstetrisyenler daha az sezaryen kararı vermektedir (Geary vd., 1998; Mitler vd., 2000). Kadınların antenatal bakım aldıkları hekimlerin erkek olması, doğumun zamanlamasının hekimlerce tercih edilmeside sezaryen doğum oranları artışında rol oynamaktadır (Gomes vd., 1999, Zanetta vd., 1999).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG); isteğe bağlı sezaryenin hospitalizasyon süresini uzattığı, uterus rüptürü, plasenta implantasyon anomalileri, histerektomi gibi komplikasyonları arttırdığını bildirmiştir. Ayrıca yenidoğanda Respiratuar Distress Sendromu (RDS), yenidoğanın geçici taşipnesi, hipoglisemi, hipotermi, persistan pulmoner hipertansiyon gibi solunum problemlerine bağlı ventilasyon ihtiyacını ve yenidoğan yoğun bakım yatış oranlarını arttırdığı bildirilmiştir (Sayın vd., 2018). Kadın sağlığı yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda; vajinal doğum yapan kadınların postpartum yaşam kalitesinin sezaryen doğum yapan kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Torkan vd., 2009).

2.2.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD)

Edwin Cragin' e ait (1916) “ilk sezaryen sonrası daima sezaryen” cümlesinin uygulanmasının ardından 1960'lerden sonra bu düşünce tartışılmaya açılmış ve 1970'lerde sezaryen sonrası vajinal doğum vakaları denenmeye başlanmıştır.

Konuyla ilgili, Türkiye (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi), İrlanda (The Royal College of Physicians of Ireland), Amerika Birleşik Devletleri (American College of Obstetricians and Gynecologists) İngiltere (The National Institute for Health and Care Excellence), Fransa (The French College of Gynecologists and Obstetricians) rehberleri de görüş sunmuşlardır.

Bu gibi bildiriler doğrultusunda 1985 yılında ABD'de %5 olan SSVD oranı, 1996 yılında %28'e ulaşmıştır. Önceki sezaryen kesisinin klasik veya T insizyonu olduğu vakalarda uterus kontraksiyonlarına bağlı uterin rüptür olasılığının alt segment transvers kesiye oranla fazla görüldüğü bildirilmiş olup bu vakalarda SSVD kontrendikedir. Önceki sezaryen kesisi alt segment transvers kesi olan vakalarda SSVD sırasında klinik olarak belirtilen uterin rüptür oranı %0,5-0,9 arasında bildirilmiştir (ACOG, 2010; CNGOF, 2013; Menacker vd., 2006; NICE, 2011; RCSI, 2011). Klasik insizyon sonrası rüptür oranı ise %12 olarak bildirilmiştir (Landon ve Lynch 2011).

Gebe SSVD'nin riskleri ve komplikasyonları hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca olası bir komplikasyon gelişmesi durumuna karşı kan transfüzyon imkanı, ameliyathane, neonatal resüsitasyon ve yoğun bakım şartlarının bulunması gerekmektedir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010; Knight vd., 2013).

Sürekli elektronik fetal monitörizasyonun sezaryen sıklığını arttırdığı bilinsede sezaryen sonrası vajinal doğum denenen olgularda sürekli monitörizasyon gereklidir. Çalışmalarda olası bir uterin rüptürden önce gerçekleşen acil sezaryenlerden sonra fetal kalp atımı paterninin geriye dönük incelenmesinde, kısmen belirgin variabl deselerasyon veya bradikardi gibi tehlike işaretlerin bulunduğu bildirilmiştir (Uzun, 2018).

Ülkemizde SSVD ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Koyuncu vd. (1995) çalışmasında 123 hastada uterin rüptür oranını %1,62; İngeç vd. (2004) çalışmasında 126 olguda başarı oranını %68, uterin rüptür oranını %1,5 olarak bildirmiştir. Güngör vd. (2005) çalışmasında efasmanı %80, servikal dilatasyonu 5 cm üzerinde başvurup SSVD yapan 124 kadında uterin rüptür %2,4 olarak saptamıştır. Göynüner vd. (2006) yaptığı çalışmada 55 hastada uterin rüptür oranı %3,64, Şentürk vd. (2015) yaptığı çalışmada ise 70 olguda %55 başarı, 4 rüptür (%5,7) bildirilmiştir.

2.3. Sezaryen Oranlarını Azaltmada Ebeğin Rolü

Ebelik bakımının temelinde kadın vardır; ebe, kadının yaşam boyu danışmanı ve sağlık eğitimcisidir (Karahana, 2018). Ayrıca ebe, ana çocuk sağlığı hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde de yer almaktadır (Karahana, 2018).

Ülkemizde prenatal bakım alma oranlarında son on yılda artış kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı prenatal bakımda; ilk 14 hafta içerisinde ilk izlemin gerçekleştirilmesi, 18-24. hafta arasında ikinci izlemin, 28-32. haftalar arası üçüncü izlemin ve 36-38. gebelik haftaları arasında dördüncü izlem olmak üzere en az dört defa ve riskli gebeliklerde ise daha fazla olacak şekilde izlem planının düzenlenmesini belirtmektedir (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014).

Ebelik hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde sezaryen oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Ebelerin sağlık sistemi ve gebe takibi ile doğum eylemi içerisinde doğru şekilde yer alması gerekmektedir (Karahana, 2018). Kadınlar doğum ağrısı ile baş etme konusunda yaşadıkları endişeden dolayı hekimlerinden bu konuda medikal anlamda yardım beklemektedir. Ancak ebe veya hemşire destekli kadının doğum sürecine hazırlanması, normal seyrinde giden travayın aslında müdahale gerektirmeyen bir süreç olduğunu anlamalarına yardımcı olacaktır (Vural ve Erenel, 2017).

Prenatal bakım alan kadınların oranı 2003’de %54, 2008’de %74, 2013’de %89 ve 2018’de %90’dır (TNSA, 2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre kadınların %96’sı bu bakımı doktor, %1,4’ü ebe ve %1,9’u hemşire gibi uzman sağlık personelinde almıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıca daha nitelikli ve standardize prenatal bakım vermek için “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” hazırlanmıştır.

Öncelik verilmesi gereken husus, ebelerin sayıca fazla olmaları değil, iyi eğitilmiş ebelerin sağlık sistemine uygun şekilde entegre edilmeleridir. Kaliteli ebelik bakımı verilememesi, doğumda gereksiz müdahalelerin oluşmasına ve elektif sezaryen oranlarının artmasına neden olmaktadır. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011) raporunda gebelerin antenatal bakımlarının nitelikli bir şekilde yapılması, intrapartum dönemde aynı sağlık profesyoneli tarafından kesintisiz destek sağlanması, doğumda partograf kullanılması, gerek görülmedikçe medikal müdahalenin azaltılması ve düşük riskli gebelerin ebe merkezli doğumlarının gerçekleştirilmesi yüksek sezaryen oranlarının azaltılmasında uygulanacak olan öneriler arasında yer almaktadır.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), 5 Mayıs 2021’de Uluslararası Ebeler Günü’nü (IDM), “Verileri Takip Edin: Ebelere Yatırım Yapın” teması altında kutlamış ve kaliteli ebelik bakımına yatırım yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Doğumda ebe desteği algıları ve doğum şeklinin incelendiği bir çalışmada, ebe desteğinin etkili olması vajinal doğum yapanlarda (%73,3), sezaryen doğum yapanlara göre (%58,5) göre daha yüksek bulunmuştur (Aslan ve Okumuş, 2017).

2.4. Gebe Okulları – Doğuma Hazırlık Sınıfları

İngiliz obstetrisyen Grantly Dick Read 1900’lü yılların başında doğum öncesi eğitimin temellerini atmıştır. 1920’de korku-gerginlik-ağrı kuramını tanımlamıştır. Temeli derin gevşemeye dayanan bir doğum felsefesidir (Mongan, 2013).

Doğuma hazırlık sınıflarının amacı gebeyi ve eşini gebelik, doğum, doğum sonu süreçler hakkında bilgilendirmek, süreçler konusunda söz sahibi olmalarını desteklemek ve yenidoğan bakımı, taramaları, anne sütü ve emzirme konularında çiftlerin aktif olmalarını sağlamaktır (Bülez, 2017; Göktuğ Kadioğlu vd., 2019).

Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarının oluşması 1960’lı yıllara dayanmaktadır. İlk doğuma hazırlık sınıfı ise 1980’li yıllarda açılmış ve 2000’li yıllardan sonra ivme kazanmıştır. 2007’den itibaren de özellikle büyükşehirlerde olmak üzere özel gebe

sınıfları açılmaya başlanmıştır (Okumuş vd., 2015; Serçekuş ve Yenal, 2015). Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda da 2014 yılında gebe okulları faaliyet göstermeye başlamıştır (Bülez, 2017; Göktuğ Kadioğlu vd., 2019; Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Doğuma Hazırlık Sınıfları ile eşler, anne ve baba rolüne uyum sağlamaktadır (Göktuğ Kadioğlu vd., 2019). Postpartum dönem, antenatal dönem kadar kadın için önemlidir (Altuntuğ ve Ege 2012; Birgili, 2020). Doğum öncesi dönemde eğitim alan kadınların, doğum ve doğum sonrası süreçte daha özgüvenli oldukları ve lohusalık sürecine daha kolay uyum sağladıkları, ayrıca gebelik boyunca sağlıklı anne bebek bağlanmasının lohusalık döneminde annelik kimliğinin kabulüne güçlü etkisinin olduğu bildirilmiştir (Doğan Merih vd., 2018; Göktuğ Kadioğlu vd., 2019). Özellikle primipar gebeliği olan kadınların doğuma hazırlık sınıflarına katılım oranları daha yüksektir. Ayrıca doğum öncesi eğitimler ve nitelikli ebelik bakımı ile vajinal doğum özendirilmekte, doğumda müdahale oranı azalmakta ve sezaryen oranlarının azaltılması teşvik edilmektedir (Göktuğ Kadioğlu vd., 2019; Karahan, 2018). Bir çalışmada verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların %95'inde gebelik dönemine, %72,5'inde ise doğum sürecine fayda sağladığı bildirilmiş; kadınların %52,5 ise gebelik döneminde doğum korkusu yaşadığını ve bu korkular ile aldıkları eğitimler sayesinde baş ettiklerini ifade etmiştir (Gönenç ve Çakırer Çalbayram, 2017).

2.5. Korku ve Endişe

Korku; bilinen bir tehdide karşı verilen reaksiyondur. Tüm insanlarda ortak bir duygudur (Rouhe, 2015). Tehdit karşısında bireyi, gereğini yapmaya sevk eden bir uyarıcıdır (Çetinay Aydın, 2017). Korku duygusu beraberinde ölüm, sevilen bir şeyi veya bir kimseyi kaybetme, kaza gibi düşünceleri akla getirmektedir. Korku anı süresince kandaki kortizol seviyesinde artış gözlemlenir ve bu artış adrenalini seviyesindeki artışı tetiklemektedir. Buda taşikardi, baş dönmesi, göz kararması, tansiyonda değişimler gibi vücutta değişikliklere neden olmaktadır (Akın ve Onur 2007; Serçekuş, 2005).

Primiparların multiparlara oranla daha fazla doğum korkusu yaşadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Spice vd., 2009; Ternström vd., 2015).

Endişe; gelecekteki olaylarla ilgili oluşması muhtemel durumlara karşı gelişen ve gerçekçi olmayan düşünceler bütünüdür. Çoğunlukla sözeldir ve çoğu zaman olumsuz etkilerle örneklendirilmektedir. Başka bir açıdan bakıldığında, günlük endişeler kişiyi algılanan problemle baş etme konusunda motive etmektedir. Yapılan bir çalışmada algılanan endişenin probleme çözüm getirmesi koşuluyla kişi için yapıcı bir süreç olabileceği bildirilmiştir (Aydın, 2017).

2.5.1. Endişenin Perinatal ve Postnatal Sürece Etkisi

İlk gebeliği olan kadınlar; doğumun ne zaman başlayacağını bilememe, doğum ağrısı, bebeğine ve kendisine bir şey olacak endişesi, sağlıklı şekilde bebeğini kucağına alma beklentisi, doğum indüksiyonu, epizyotomi, ağrı ile baş etmede güçlük, duygusal destek alamama gibi konularda gebelik boyunca endişe duymaktadır (Aksoy ve Özentürk, 2016).

Travay esnasında hissedilen endişenin ise gebede aktif uterus kontraksiyonlarının etkinliğinin azalmasına ve doğum anında gebenin vücudunun ve perine kaslarının istemsiz direncinde artışa sebep olduğu bildirilmiştir (Çiçek vd., 2006).

Kadının daha önce olumsuz doğum deneyimi olması gebelik boyunca yaşadığı endişeyi etkilemektedir. Bir çalışmada kadının doğum sayısının artmasıyla birlikte doğum korkusunun da arttığı saptanmıştır (Erkal Aksoy ve Özentürk 2016; Taşkın, 2011). Serçekuş ve Okumuş'un yaptıkları bir çalışmada doğumda uygulanan prosedürlerin ve personelin tutumunun doğum endişesinin artmasına neden olduğu bildirilmiştir. Yaşanılan doğum endişesi beraberinde elektif sezaryen talebinin oluşmasına neden olmaktadır (Serçekuş ve Okumuş, 2009). Antenatal dönemde eğitim alan gebelerde medikal müdahale gereksinimi ve endişenin daha az olduğu saptanmıştır (Gönenç ve Çakırer Çalbayram, 2017).

Korku ve endişe arasındaki kavramsal farktan yola çıkarak birçok ölçek geliştirilmiştir. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği, Redshaw ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeğin amacı ise sağlık personelinin gebelik, doğum ve lohusalık sürecinde gebelerin duygusal değişimleri ve korkularının farkına varılmasıdır. Bu şekilde alanda eksik olan danışmanlık hizmetinin içeriğini belirlemede yol gösterici olması hedeflenmiştir ve

artmış sezaryen oranlarının azaltılmasına katkı sağlanabilecektir (Kitapçioğlu vd., 2008).

Postpartum dönem için kadınların kendi bakımlarına ve bebek bakımına yönelik endişe seviyeleri ve eğitim gereksinimleri yüksektir. Doğum sonu kadınlar genellikle perineal veya insizyonel ağrı, memelerde hassasiyet, emzirme problemleri, yorgunluk, uykusuzluk gibi sorunlar yaşamaktadırlar (Altuntuğ ve Ege 2012; Bağcı, 2014).

Bu nedenle sağlık kurumlarında antenatal ve postnatal dönemler için sağlık profesyonelleri tarafından eğitim verilmesi gerekmektedir. Eğitim almış olma, beraberinde özgüven duygusunu geliştirmekte ve kadın yaşanan sorunla başetme konusunda kendini güçlü hissetmektedir. Kadının kontrolü elinde tutma düşüncesi yaşam kalitesini de arttırmaktadır. Postpartum yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması ve kadınlara bu doğrultuda eğitim verilmesi postpartum döneme uyumun sağlıklı gerçekleşmesi için gerekmektedir (Altuntuğ ve Ege 2012; Bağcı, 2014).

2.6. Yaşam Kalitesi

Kavram ilk kez Thorndike tarafından tanımlanmış olsa da (Bilgin vd., 1985; Chubon, 1986) 1960 yılında Long'un yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde de geçmektedir.

Ayrıca yaşam kalitesinin evrensel bir nitelik kazanmasında Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin de etkili olduğu ileri sürülmekle birlikte tüm bilimler açısından kabul edilecek tek bir tanım bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi; fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal olmak üzere çok boyutlu bir dinamiktir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016; Bağcı, 2014; Durmaz Akyol, 1993).

2.6.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ölçeği sağlık alanında uzun süredir değerlendirme amacıyla kullanılmaktadır. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) Hill ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Annelerin hastaneden taburcu olduktan sonraki postpartum dönemde kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettikleri ölçülmektedir (Hill vd., 2006).

Geliştirilen ölçeklerin temel amacı sağlık profesyonellerinin; gebelik, doğum ve lohusalık sürecinde kadındaki duygusal değişimlerin farkına varması ve ihtiyaçları doğrultusunda kadına danışmanlık hizmetlerini kaliteli bir şekilde verebilmesidir (Kitapçıoğlu vd., 2008).

Doğum sonu yaşam kalitesi, birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar arasında hem anne hem de yenidoğan ile ilişkili durumlar yer almaktadır. Bir çalışmada doğum sonrası ruh sağlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapan kadınlara göre ruh sağlığı puanları daha yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada fiziksel aktiviteler incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların doğum sonu aktivitesi de daha yüksek bulunmuştur (Torkan vd., 2009).

Postpartum dönemde kadına verilen bakımın kalitesi arttıkça, kadının doğuma ilişkin memnuniyet düzeyi artmaktadır. Bu durum doğum sonu yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Çapık vd., 2014). Gebenin hastaneye yatışının gerçekleştiği andan itibaren beklentilerinin saptanması, bilgi eksikliklerinin belirlenmesi ve karşılanması süreçten memnuniyetini arttırmaktadır. Kaliteli obstetrik bakım postpartum dönemde kadının doğum deneyiminden memnun kalmasını sağlamaktadır (Güngör ve Beji, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Kırklareli'nin Lüleburgaz ilçesinde, Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Özel Balkan Hastanesi'nde 25 Mart 2021 - 03 Kasım 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; araştırmanın yapılacağı tarihler arasında Kırklareli ili Lüleburgaz ilçesindeki devlet ve özel hastanelere başvuran primipar, tekil gebeliği olup gebeliğinde riskli bir durum oluşmamış ve normal spontan doğum ya da sezaryen ile doğum yapmış gebeler olarak planlanmıştır. Araştırma öncesindeki son bir yıl içinde (Aralık 2019 - Kasım 2020) Lüleburgaz ilçesi hastanelerinde bu şartlara uyan toplam 324 gebe bulunmuş ve evren hacmi olarak N=324 değeri alınmıştır. Çalışmanın planlandığı tarihlerde devam eden COVID-19 pandemisi gerekçesiyle ilçede bulunan iki özel kurum çalışma izni vermemiştir. Bir özel kurumda da çalışma izni başvurusu esnasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunmadığı için izin başvurusu yapılmamıştır. Araştırmanın örneklemi çalışma iznini kabul eden Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Özel Balkan Hastanesi'ne başvuran primipar, tekil gebeliği olup gebeliğinde riskli bir durum oluşmamış ve vajinal doğum ya da sezaryen ile doğum yapmış gebeler oluşturmıştır.

Araştırmaya katılacak gönüllülerin sayısı evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama yöntemine uygun olarak aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot d^2 + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

N=Anakütle (Evren) hacmi,

t=Güven düzeyine ait t- dağılımının tablo değeri,

p= Anakütle oranının tahmini,

q=(1-p),

d=Örneklem hatasıdır

Evren sayısının 324, örneklem için kabul edilebilir hata miktarı (d) 0.05, güvenirlik düzeyi %80 (a=0.20) ve %80 güven aralığında kritik t değeri 1.282 olarak alınmıştır. Ayrıca evren varyansı bilinmediği için incelenecek durumun görüş sıklığı (p) 0.3 ve görülme sıklığı (q) 0.7 olarak alınmıştır. Belirlenen bu değerler formüllerde yerlerine konularak örneklem büyüklüğü 97 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{(324).1,82^2 . (0,3) . (0,7)}{(324 - 1) . (0,05)^2 + (1,82)^2 . (0,3) . (0,7)} = 97$$

olarak hesaplanmıştır.

Hedeflenen bu örneklem büyüklüklerine ulaşılarak kriterlere uyan 97 kişiye ile çalışma yapılmıştır.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1.Araştırmaya Dahil EdilmeKriterleri

1. 18 yaş üstü olma
2. Okur yazar olma
3. Primipar ve tekil gebelik olması
4. Gebeliğinde herhangi bir riskli durum gelişmemesi
5. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş olma

6. Türk vatandaşı olmak

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. 18 yaş altı olma
2. Okuma yazmasının olmaması
3. Yabancı uyruklu olmak
1. Multipar gebelik olması
2. Çoğul gebelikler
3. Riskli gebelikler [preeklampsi, gestasyonel diyabet, erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, plasenta previa, ablasyo plasenta, maternal sistemik hastalık varlığı (kronik hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar)]
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitelerinin (Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği/MAPP-QOL) veya doğum endişesi (Oxford Doğum Endişesi Ölçeği) düzeylerinin karşılaştırıldığı testlerde sosyo demografik özellikler ve gebelik süreci ilgili değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. Bu bağımsız değişkenler konularına göre aşağıdaki gibi iki gruba ayrılmıştır.

3.5.1.1.Sosyo-Demografik Özellikteki Bağımsız Değişkenler

- Yaş,
- Eşinin yaşı
- Eğitim durumu,

- Eşinin eğitim durumu
- Çalışma durumu
- Meslek
- Yaşanılan yerleşim yeri
- Sosyal güvence
- Aylık gelir düzeyi
- Evlilik süresi
- Aile tipi

3.5.1.2. Gebelik Süreci (Gebelik Öncesi / Gebelik Sırası / Gebelik Sonrası) İle İlgili Bağımsız Değişkenler

- Gebeliğin planlı olup olmaması durumu
- Gebeliğin istenip istememesi durumu
- Doğum şekli
- Doğum haftası
- Taburcu olunduktan sonra evde bebek bakımı konusunda yardımcı olacak kişilerin olup olmaması durumu
- Ev işleri konusunda kendisine destek olacak kişilerin olup olmaması durumu
- Kendilerine doğum veya doğum sonu döneme ait bilgilendirme yapıp yapılmaması durumu
- Doğum korkusu yaşayıp yaşamama durumu
- Kendisi için sağlık endişesi taşıyıp taşımama durumu
- Bebeği için sağlık endişesi taşıyıp taşımama durumu

3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınların;

- Yaşam kalitesi düzeyi (Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği/MAPP-QOL) ve
- Doğum endişesi düzeyi (Oxford Doğum Endişesi Ölçeği)

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Araştırmanın süre kısıtlılığı olması
- Dahil edilme kriterlerinin dar kapsamlı olması (primipar, tekil ve risk taşımayan gebeler)
- Pandemi döneminin getirdiği hastanelerden izin alma, hastalara ulaşma kısıtlılıkları)
- İki merkezde (Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Özel Balkan Hastanesi) yürütülmüş bir çalışma olması nedeniyle elde edilecek sonuçların evrene genellenebilirliği sorunu.

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak amacıyla, literatürden faydalanılarak oluşturulan 22 maddelik Kişisel Bilgi Formu (EK- 1) doğum endişesinin ölçülmesi için Oxford Doğum Endişesi Ölçeği (EK-2) ve doğum sonu yaşam kalitesini değerlendirmek üzere Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK- 3) yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK – 1)

Kişisel Bilgi Formu; kadına ait, kişisel bilgilerin, sosyo demografik özelliklerin, obstetrik bilgilerin, doğum öncesi ve doğum sonrası döneme ait bilgilerin belirlenmesi amacıyla Öztürk (2014) ve Sis Çelik vd.'nin (2014) çalışmaları referans alınarak hazırlanmış 22 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği (EK – 2)

Oxford Doğum Endişesi Ölçeği, Redshaw ve arkadaşları tarafından 2009 yılında, kadınların doğum sürecine yönelik endişelerinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş olup 10 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek, ‘‘1: Çok endişeliydim’’, ‘‘2: Oldukça endişeliydim’’, ‘‘3: Çok endişeli değildim’’, ‘‘4: Hiç endişeli değildim’’ şeklinde puanlanmakta olup, en düşük 10, en yüksek 40 puandır (Redshaw vd., 2009).

Puan yükseldikçe kadınların endişe seviyesi azalıyor şeklinde yorumlanmaktadır (Redshaw vd., 2009).

Oxford Doğum Endişesi Ölçeği’nin (OWLS) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkal Aksoy ve Özentürk tarafından 2016 yılında yapılmıştır (Aksoy ve Özentürk, 2016).

Aksoy ve Özentürk’ün (2016) çalışması sonucunda Oxford Doğum Endişesi Ölçeği’nin Türk toplumundaki kadınlara uygulanabilir olduğu kanıtlanmıştır.

Oxford Doğum Endişesi Ölçeği’nin bu çalışmada kullanımına dair izin 29.05.2019 tarihinde Yasemin Erkal Aksoy’dan e-posta aracılığıyla alınmıştır (EK- 8).

3.7.3 Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK – 3)

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (DSYKÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hill ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır (Hill vd., 2006).

2012 yılında da Altuntuğ ve Ege tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Altuntuğ ve Ege, 2012).

Annelerin hastaneden taburcu olduktan sonraki postpartum dönemde kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettikleri ölçülmektedir (Hill vd., 2006).

Ölçeğin Memnuniyet ve Önemlilik bölümleri 1’den 6’ya kadar numaralandırılmıştır. 1: Hiç Memnun Değil, 6: Çok Memnun olarak tanımlanmaktadır. Aynı tanımlamalar Önemlilik Bölümü için de geçerli kabul edilmiştir. Sorularda sorulan alanla ilgili

olarak ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın kadın için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmektedir.

Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Hill vd., 2006).

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Kamile Altuntuğ ve Emel Ege'ye e posta yoluyla ulaşılmıştır. Ölçek kullanım izni sorumlu yazar Kamile Altuntuğ'dan 26.05.2019 tarihinde e-posta yoluyla alınmıştır (EK- 9).

3.8. Verilerinin Analizi

Toplanan verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 20 programından yararlanılmıştır.

"Doğum Sonu Yaşam Kalitesi" ve "Oxford Doğum Endişesi Ölçeği" puanları kullanılarak; iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Ayrıca tek yönlü ANOVA yapılması için gerekli olan varyans homojenliği varsayımının sağlanmadığı durumda alternatif olarak Welch testi yapılmıştır. Bu parametrik testlerin yapılabilmesi için gerekli olan normallik varsayımının kontrolünde Kolmogorov-Smirnov ($n < 30$ olması durumunda Shapiro-Wilk) Normallik testinden yararlanılmıştır. Normallik varsayımının sağlanmadığı durumlarda (Parametrik olmayan testler olarak) ölçek puanlarına göre iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için Kruskal-Wallis H Testi ve puanlar arası doğrusal ilişkinin tespiti için Spearman Sıra Farkları Korelasyonu kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak %5 değeri esas alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin

Araştırma öncesi gerekli etik izin; Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul’undan 23.02.2021 tarihinde E-69456409-199-4567 sayılı izin alınmıştır (EK-5).

Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü’nden E-50992381-773.01 sayılı idari izin (EK-6) ve sonrasında 14.04.2021 tarihinde çalışma ek süre talebi üzerine E-50992381-605.99 sayılı idari izin (EK-7) alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara, araştırmanın amacı sözlü olarak anlatılmıştır. Ardından her bir katılımcıdan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-4).

3.10. Araştırma Takvimi

1. Literatür taraması: 31.03.2019 –30.04.2022
2. Ölçek izinleri: 26.05.2019 - 29.05.2019
3. Kurum izinleri: 12.03.2021- 21.04.2021
4. Verilerin toplanması: 25.03.2021- 03.11.2021
5. Verilerin analizi: 17.11.2021 - 07.02.2022
6. Tezin yazımı: 25.03.2021-10.05.2022

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Ait Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

ÖLÇEK	Ortanca (%25p - %75p)	Ortalama± Standart Sapma (Minimum - Maksimum)
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)*	23,16 (20,09- 25,49)	22,75 ± 3,37 (Min:12,68 - Mak:29)
* Bu ölçekten alınabilecek maksimum puan 30 ve minimum puan 0 dır. Alınan yüksek puan doğum sonu yaşam kalitesinin yüksekliğini göstermektedir.		

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalaması $22,75 \pm 3,37$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'ne Ait Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

ÖLÇEK	Ortanca (%25p - %75p)	Ortalama ± Standart Sapma (Minimum - Maksimum)
<i>Oxford Doğum Endişesi Ölçeği</i>	26 (22 - 32)	26,48 ± 6,24 (Min:12 - Mak:40)
* Bu ölçekten alınabilecek maksimum puan 40 ve minimum puan 10'dur. Alınan <u>yüksek puan doğum endişesinin düşüklüğünü</u> göstermektedir.		

Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'nin puan ortalaması $26,48 \pm 6,24$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek dağılımları, evlilik yılları, aile tipleri, aylık gelir durumları ve eşlerinin yaşları ile eğitim durumları Tablo 4.3'te verilmiştir. Tabloya göre kadınların %36,1'i "23-27" yaş grubunda, %43,3'ü üniversite mezunu ve %46,4' ü çalışmıyor ve ev hanımıdır.

Kadınların %91,8'inin evlilik yılı "1-5 Yıl" arasında ve %83,5'i çekirdek aile tipine sahip, %85'i ilçede yaşamakta, %88,7'sinin sosyal güvencesi var ve %42,3'ü "3001-6000 TL arasında aylık gelire sahiptir. Kadınların eşlerinin %39,2'sinin eşi "28-32" yaş aralığında, %34'ü üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir.

Tablo 4.3. Çalışmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Demografik Verileri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Oran (%)
Yaş Aralığı		
18 – 22	28	28,9
23 – 27	35	36,1
28 – 32	26	26,8
33 – 37	8	8,2
Eğitim Durumu		
İlköğretim	30	30,9
Lise	25	25,8
Üniversite ve üstü	42	43,3
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	45	46,4
Çalışıyor	52	53,6
Meslek Dağılımı		
Ev Hanımı	45	46,4
Kamu çalışanı	11	11,3
Özel Sektör Çalışanı	41	42,3
Evlilik Yılı		
1-5 Yıl	89	91,8
6-10 Yıl	6	6,2
11-15 Yıl	2	2,1
Aile Tipi		
Çekirdek aile	81	83,5
Geniş aile	16	16,5
Aylık Gelir Durumu		
3000 TL veya altı	25	25,8
3001-6000 TL	41	42,3
6001-9000 TL	19	19,6
9001-12.000 TL	12	12,4
Eşlerinin Yaşı		
18 – 22	10	10,3
23 – 27	24	24,7
28 – 32	38	39,2
33 – 37	17	17,5
38 – 42	8	8,2
Eşlerinin Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	32	33,0
Lise	32	33,0
Üniversite ve üstü	33	34,0

Çalışmamıza katılan kadınların obstetrik özellikleri ile ilgili analizler Tablo 4.4'te verilmiştir. Tabloya göre kadınların %73,2'sinin gebeliklerinin planlı gerçekleştiği, %95,9'unun gebeliği istediği, tamamının spontan gebe kaldığı, %57,7'sinin sezaryen

ile doğum yaptığı, %68'inde doğumların "37-40 Hafta" arasında gerçekleştiği saptanmıştır. Kadınların %63,9'unun doğum veya doğum sonrası döneme ait bilgilendirme almadıkları tespit edilmiştir. Bilgilendirme alan kadınların %42,9'u diğer kaynaklardan (medya, internet vb...) bilgi aldığını belirtmiştir. Çalışmamızda kadınların %63,9'u doğum korkusu yaşadıklarını, %63,9'u kendileri için, %66'sı bebekleri için sağlık endişesi taşıdıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.4. Çalışmaya Katılan Kadınların Obstetrik Verileri

Gebelik Planlı mı?	Sayı (n)	Oran (%)
Hayır	26	26,8
Evet / Kısmen	71	73,2
Gebeliği İsteme Durumu		
Hayır	4	4,1
Evet / Kısmen	93	95,9
Gebeliğin Oluşma Şekli		
Spontan	97	100,0
Yardımcı üreme teknikleri ile [IUI(aşılama), IVF(tüp bebek)....]	0	0
Doğum Şekli		
Vajinal doğum	41	42,3
Sezaryen doğum	56	57,7
Doğum Haftası		
37-40 Hafta	66	68,0
40 Hafta veya üstü	31	32,0
Doğum veya Doğum Sonu Döneme Ait Bilgilendirme Yapıldı mı?		
Hayır	62	63,9
Evet	20	20,6
Kısmen	15	15,5
Doğum veya Doğum Sonu Döneme Ait Bilgilendirmeyi Kim Yaptı?		
Ebe	9	25,7
Gebe Bilgilendirme Sınıfı	11	31,4
Diğer (internet, sosyal medya... vb.)	15	42,9
Doğum Korkusu Yaşadınız mı?		
Hayır	30	30,9
Evet	62	63,9
Kısmen	5	5,2
Sağlık Endişesi Taşıyor musunuz?		
Hayır	62	63,9
Evet	29	29,9
Kısmen	6	6,2
Bebek İçin Sağlık Endişesi Taşıyor musunuz?		
Hayır	26	26,8
Evet	64	66,0
Kısmen	7	7,2

Tablo 4.5'te evde bebek bakımı ve ev işlerine yardıma yönelik soruların analizi verilmiştir. Çalışmamıza katılan kadınların %42,3'ü evde bebek bakımına yardımcı olacak kişilerin olduğunu ifade ederken, %37'si bu kişinin bakıcı / henüz netleşmediğini belirtmiştir. Kadınların %42,3'ü ev işleri konusunda kendilerine yardımcı olacak kişilerin var olduğunu, %36,5'i bu kişinin bakıcı / henüz netleşmediğini belirtmiştir. Kadınların %33'ü evde bebek bakımına yardımcı olacak kişi var mı sorusuna 'Kısmen' yanıtını vermiş, %37'si evde bebek bakımına yönelik yardımcı olacak kişinin bakıcı / henüz netleşmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.5. Kadınlara Yardımcı Olacak Kişilerin Dağılımı

Evde Bebek Bakımına Yardımcı Var mı?	Sayı (n)	Oran (%)
Yok	24	24,7
Var	41	42,3
Kısmen	32	33,0
Evde Bebek Bakımına Yardımcı Olacak Kişilerin Dağılımı		
Annesi	22	30,1
Eşi	6	8,2
Kayınvalide	18	24,7
Bakıcı / Netleşmedi	27	37,0
Ev İşleri Konusunda Yardımcı Var mı?		
Yok	23	23,7
Var	41	42,3
Kısmen	33	34,0
Ev İşleri Konusunda Yardımcı Olacak Kişilerin Dağılımı		
Annesi	22	29,7
Eşi	6	8,1
Kayınvalide	18	24,3
Elti	1	1,4
Yardımcı kadın / Netleşmedi	27	36,5

Tablo 4.6'da Primipar kadınların "Doğum Endişesi" ile "Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri" arasında ve "Doğum Endişesi" ile kadının eğitim durumu, gelir düzeyi, kaç yıldır evli olduğu ve doğum haftası arasında ilişki yer almaktadır. Doğum Endişesi ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi arasında ($p=0,799$), Doğum Endişesi ile Eğitim Durumu ($p=0,832$), Gelir Düzeyi ($p=0,323$), Kaç Yıldır Evli Olduğu ($p=0,089$) ve Doğum Haftası ($p=0,968$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca Primipar kadınların "Doğum Endişesi" düzeyleri ile kadının

yaşı ($p=0,632$) ve eşlerinin yaşı ($p=0,837$) arasında da istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.6. Kadınların Doğum Endişesi ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri İle Sosyodemografik İlişki Dağılımı

Değişkenler	N	P	r_s
Doğum Endişesi- Doğum Sonu Yaşam Kalitesi	97	0,799*	-0,026
Doğum Endişesi - Eğitim Durumu	97	0,832*	0,022
Doğum Endişesi - Gelir Düzeyi	97	0,323*	-0,101
Doğum Endişesi - Kaç Yıldır Evli Olunduğu	97	0,089*	0,174
Doğum Endişesi - Doğum Haftası	97	0,968*	-0,004
Doğum Endişesi – Yaş	97	0,632**	0,049
Doğum Endişesi - Eşlerinin Yaşı	97	0,837**	0,021

*Spearman Sıra Farkları Korelasyon Testi **Pearson Moment Çarpım Korelasyon Testi

Tablo 4. 7’de primipar kadınların, çalışma durumu ($p=0,272$), aile tipi ($p=0,123$), gebeliğin planlı olup olmaması ($p=0,925$), ve doğum şeklinin ($p=0,159$) doğum endişesi düzeyi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre; doğum korkusu yaşayan primipar kadınlar, doğum korkusu yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha fazla "Doğum Endişesi"ne sahiptirler ($p<0,05$). "Doğum Korkusu Yaşama Durumu"nun primipar kadınların "Doğum Endişesi" düzeylerinde etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir.

Bebekleri için sağlık endişesi taşıyan primipar kadınlar, taşımayanlara göre daha fazla "Doğum Endişesi"ne sahiptir ($p<0,05$). "Bebekleri İçin Sağlık Endişesi Taşıma Durumu"nun primipar kadınların "Doğum Endişesi" düzeylerinde etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda; Sosyal Güvence"lerinin olup olmaması primipar kadınların "Doğum Endişesi" düzeylerinde etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. ($p=0,581$).

Tablo 4.7. Primipar Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Obstetrik Verileri İle Bebeği İçin Sağlık Endişesi Taşıma Durumuna Göre Doğum Endişesi Düzeyleri'nin Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Oxford Doğum Endişe Düzeyi Ortalaması	P
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	45	25,73±6,24	0,272*
	Çalışıyor	52	27,13±6,23	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	81	26,05±6,33	0,123*
	Geniş Aile	16	28,69±5,41	
Gebeliğiniz Planlı Mıydı?	Hayır	26	26,38±5,66	0,925*
	Evet/Kısmen	71	26,52±6,48	
Doğum Şekli	Vajinal Doğum	41	25,44±5,55	0,159*
	Sezaryen Doğum	56	27,25±6,65	
Doğum Korkusu Yaşama Durumunuz	Hayır	30	29,87±6,17	0,000*
	Evet / Kısmen	67	24,97±5,69	
Bebğiniz İçin Sağlık Endişesi Taşıyor Musunuz?	Hayır	26	28,77±5,89	0,028*
	Evet / Kısmen	71	25,65±6,20	
Sosyal güvenceniz var mı?	Yok	11	27,36±6,42	0,581**
	Var	86	26,37±6,25	

*Bağımsız Örneklem t Testi**Mann-Whitney Testi

Tablo 4. 8'e göre aşağıda belirtilen değişkenler ile Doğum Endişesi Düzeyi arasında, yapılan Varyans analizi sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Primipar kadınların; yaşadığı yerleşim yeri (p=0,663), gebeliği isteme durumu (p=0,682), evde bebek bakımı konusunda yardımcı olacak kişilerin varlığı (p=0,937), ev işleri konusunda kendilerine destek olacak kişilerin olup olmaması (p=0,934), kendisine doğum veya doğum sonu döneme ait bilgilendirme yapılması durumu (p=0,880) ve kendisi için sağlık endişesi taşıması durumunun (p=0,290) doğum endişesi üzerinde etkileyici bir faktör olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Primipar Kadınların Demografik ve Obstetrik Verileri, Taburculuk Sonrası Sosyal Destek Değişkenleri İle Doğum Endişesi Düzeyleri'nin Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Oxford Doğum Endişe Düzeyi Ortalaması	p
Yaşadığı Yerleşim Yeri	Köy-kasaba	9	26,56±7,14	0,663*
	İlçe	83	26,63±6,29	
	İl	5	24,00±3,61	
	Toplam	97	26,48±6,24	
Gebeliği İstediniz mi?	Hayır	4	27,75±6,07	0,682*
	Evet	90	26,52±6,34	
	Kısmen	3	23,66±3,05	
	Toplam	97	26,48±6,24	
Evde Bebek Bakımı Konusunda Yardımcı Olacak Kişi var mı?	Yok	24	26,50±6,78	0,937*
	Var	41	26,24±5,91	
	Kısmen	32	26,78±6,43	
	Toplam	97	26,48±6,24	
Evde Ev İşleri Konusunda Destek Olacak Kişi Var mı?	Yok	23	26,48±6,93	0,934*
	Var	41	26,24±5,91	
	Kısmen	33	26,79±6,33	
	Toplam	97	26,48±6,24	
Size Doğum Veya Doğum Sonu Döneme Ait Bilgilendirme Yapıldı mı?	Hayır	62	26,42±6,52	0,880*
	Evet	20	27,05±4,78	
	Kısmen	15	26,00±7,07	
	Toplam	97	26,48±6,24	
Kendiniz İçin Sağlık Endişesi Taşıyor musunuz?	Hayır	62	27,23±5,75	0,290**
	Evet	29	25,31±6,76	
	Kısmen	6	24,50±8,31	
	Toplam	97	26,48±6,24	

*ANOVA Testi **Kruskal-Wallis Testi

Primipar kadınların yaşı ($p = 0,071$), eşlerinin yaşı ($p = 0,117$), kadınların eğitim durumu ($p = 0,280$), gelir düzeyleri ($p = 0,916$), kaç yıldır evli oldukları ($p = 0,236$), kaçınıcı haftada doğum yaptıkları ($p = 0,272$) ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi arasında Spearman Sıra Farkları Korelasyonu testi sonuçlarına göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Primipar Kadınların; Demografik Özellikleri ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Veriler

Değişkenler	Test	Sayı (n)	p*	İlişki Katsayısı
Doğum Sonu	Spearman Sıra			
Yaşam Kalitesi -	Farkları	97	0,071	rs = 0,492*
Kadının Yaşı	Korelasyonu			
Doğum Sonu	Spearman Sıra			
Yaşam Kalitesi -	Farkları	97	0,117	rs = 0,160*
Eşinin Yaşı	Korelasyonu			
Doğum Sonu	Spearman Sıra			
Yaşam Kalitesi -	Farkları	97	0,280	rs = -0,111*
Eğitim Durumu	Korelasyonu			
Doğum Sonu	Spearman Sıra			
Yaşam Kalitesi -	Farkları	97	0,916	rs = 0,011*
Gelir Düzeyi	Korelasyonu			
Doğum Sonu	Spearman Sıra			
Yaşam Kalitesi –	Farkları	97	0,236	rs = -0,112*
Evlilik Yılı	Korelasyonu			
Doğum Sonu	Spearman Sıra			
Yaşam Kalitesi -	Farkları	97	0,272	rs = 0,113*
Doğum Haftası	Korelasyonu			

*Spearman Sıra Farkları Korelasyonu Testi

Tabloya 4.10'a göre kadının çalışma durumu (0,090), sosyal güvencesinin olup olmaması (p=0,095), aile tipi (p=0,179), gebeliğin planlı olup olmaması (p=0,315) ve doğum korkusu yaşama durumu değişkeni ile “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi” puan ortalamaları arasında Bağımsız Örneklem t Testi sonuçlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Doğum Şekli değişkenine göre ise; normal vajinal doğum yapan primipar kadınların "Doğum Sonu Yaşam Kalitesi" puan ortalamaları, sezaryen doğum yapanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Doğum Şeklinin primipar kadınların "Doğum Sonu Yaşam Kalitesi" düzeylerinde etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Primipar Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Değişkenleri İle Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması	p *
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	45	23,38±3,13	0,090
	Çalışıyor	52	22,21±3,51	
Sosyal Güvence	Yok	11	21,16±2,94	0,095
	Var	86	22,96±3,36	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	81	22,96±3,28	0,179
	Geniş Aile	16	21,72±3,78	
Gebeliğiniz Planlı Mıydı?	Hayır	26	22,18±4,13	0,315
	Evet/Kısmen	71	22,96±3,06	
Doğum Şekli	Vajinal Doğum	41	23,96±2,98	0,002
	Sezaryen Doğum	56	21,87±3,39	
Doğum Korkusu Yaşama Durumu	Hayır	30	23,56±2,76	0,116
	Evet / Kısmen	67	22,39±3,57	

*Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 4.11'e göre primipar kadınların yaşadıkları yerleşim yeri ($p=0,679$), gebeliği isteme durumu ($p=0,469$), evde bebek bakımında yardımcı olacak kişilerin olup olmaması ($p=0,893$), kendisine doğum veya doğum sonu döneme ait bilgilendirme yapılması durumu ($p=0,740$), kendisi için sağlık endişesi taşıma durumu ($p=0,740$), bebeği için sağlık endişesi taşıma durumu ($p=0,625$) ve evde ev işlerinde kendisine destek olacak kişilerin olup olmaması ($p=0,699$) ile "Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi" düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.11. Primipar Kadınların Demografik, Obstetrik ve Taburculuk Sonrası Sosyal Destek Değişkenleri İle Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Düzeyleri'nin Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	N	Ort.	p
Yaşadıkları Yerleşim Yeri	Köy-kasaba	9	23,70±2,19	0,679*
	İlçe	83	22,65±3,52	
	İl	5	22,82±2,72	
	Toplam	97	22,75±3,37	
Gebeliği İsteyip İstememe Durumu	Hayır	4	21,72±6,36	0,469*
	Evet	90	22,73±3,23	
	Kısmen	3	24,84±3,33	
	Toplam	97	22,75±3,37	
Evde Bebek Bakımına Yardımcı Olacak Kişilerin Olup Olmaması	Yok	24	22,90±3,04	0,893*
	Var	41	22,56±3,33	
	Kısmen	32	22,89±3,73	
	Toplam	97	22,75±3,37	
Kendisine Doğum Veya Doğum Sonu Döneme Ait Bilgilendirme Yapılması Durumu	Hayır	62	22,81±3,32	0,740*
	Evet	20	23,02±3,61	
	Kısmen	15	22,16±3,43	
	Toplam	97	22,75±3,37	
Kendisi İçin Sağlık Endişesi Taşınması Durumu	Hayır	62	22,66±3,68	0,465**
	Evet	29	23,12±2,91	
	Kısmen	6	21,91±1,89	
	Toplam	97	22,75±3,37	
Bebegi İçin Sağlık Endişesi Taşınması Durumu	Hayır	26	22,98±3,87	0,625***
	Evet	64	22,80±2,99	
	Kısmen	7	21,43±4,78	
	Toplam	97	22,75±3,37	
Evde Ev İşlerine Destek Olacak Kişilerin Olup Olmaması	Yok	23	22,83±3,09	0,699***
	Var	41	22,56±3,33	
	Kısmen	33	22,94±3,68	
	Toplam	97	22,75±3,37	

*ANOVA Testi **Welch Testi ***Kruskal Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Primipar kadınlar için doğum eylemi heyecan verici eşsiz bir deneyim olsa da aynı zamanda bilinmezlerle dolu endişe ve korku verici bir süreçtir. Primipar kadınların doğum ve doğum sonrası döneme ait endişelerini ve yaşam kalitesi düzeylerini belirleyip ve buna etki eden faktörleri değerlendirmek için ‘‘Oxford Doğum Endişesi Ölçeği’’ ve ‘‘Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’’nden elde edilen sonuçları literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

TNSA (2018) verilerine göre doğurganlık hızı en yüksek 25-29 yaş aralığındadır. Çalışmamızda da TNSA verileri ile uyumlu olarak kadınların üçte biri 23-27 yaş arasındadır. Börü’nün (2016) 151 primipar gebede doğum kaygısı ile doğum şekli tercihleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında kadınların %62,3’ünün 25-34 yaş arasında; Öztürk’ün (2014) yaptığı çalışmasında %33,3’ü 25-29 yaş aralığındadır. Gözükara ve Eroğlu’nun (2008) 50 primipar kadında doğum şekli tercihinin etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladığı çalışmasında %62,9’u 19-24 yaş arasında; Balçık Çolak ve arkadaşlarının (2019) primipar kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmasında %40,9’u 20-24 yaş grubunda; Üst ve Pasinlioğlu’nun (2015) primipar ve multipar kadınlarda ‘Doğum ve Doğum Sonu Döneme Ait Endişeler’ ölçeğini kullandıkları çalışmada ise primipar kadınların %44,7’si 20-24 yaş aralığındadır. Çalışmadaki yaş değişkenimiz literatür ile uyumludur.

TNSA (2018) verisine göre Batı Marmara bölgesinde kadınların lise ve üstü eğitim alma oranı %42,1’dir ve TNSA verileri ile uyumlu olarak çalışmamızda da kadınların %25,8’i lise ve %43,3’ü üniversite ve üstü eğitim almıştır. Yine Marmara Bölgesi’nde İstanbul’da Börü’nün (2016) çalışmasında kadınların %31,1’i üniversite mezunu, %31,8’i lise mezunudur. Gözükara ve Eroğlu’nun (2008) Ankara ilindeki çalışmasında kadınların %35,7’sinin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Balçık Çolak vd. (2019) Aydın ilindeki çalışmasında vajinal doğum grubundaki kadınların %55,3’ü lise, %3,7’si üniversite, sezaryen grubundaki kadınların %57,8’i lise, %9,6’sı üniversite mezunudur. Üst ve Pasinlioğlu (2015) Erzurum ilindeki

çalışmasında ise primipar kadınların çoğunluğu (%37,3) ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır bu farklı sonuç bölgesel farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda kadınların %46,4'ü ev hanımıdır. Benzer olarak Balçık Çolak ve arkadaşlarının (2019) Aydın ilindeki çalışmasında vajinal doğum grubundaki kadınların %43,3'ü ve sezaryen grubundaki kadınların %30,4'ü ev hanımıdır. Çıtak Bilgin ve arkadaşlarının (2018) Bolu ilinde primipar ve multipar kadınların dahil edildiği çalışmasında ise kadınların %75,5'i ev hanımıdır. Diğer bölgelerde primipar kadınlarda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Yılmaz'ın (2017) Adıyaman ilinde yaptığı çalışmada kadınların %81,7'si; Üst ve Pasinlioğlu'nun (2015) Erzurum ilindeki çalışmasında %77,3'ü; Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) Ankara'daki çalışmasında %86,3'ü ve Timur ve Hotun Şahin'in (2010) Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir ildeki çalışmasında %94,2'si ev hanımıdır. Literatür incelendiğinde; Batı Bölgelerinde de kadınların eğitim düzeyi yüksek olmasına rağmen büyük çoğunluğu aktif çalışma yaşamının dışında yer almaktadır.

Çalışmamızda kadınların eşlerinin %34'ü üniversite ve üstü eğitim almıştır ve bu bulgu literatür ile uyumludur (Öztürk, 2014; Üst ve Pasinlioğlu, 2015).

Çalışmamızda primipar kadınların %83,5'i ülkemiz kaynaklı literatür ile uyumlu olarak çekirdek aile tipinde yaşamaktadır (Gözükara ve Eroğlu 2008; Temizkan ve Mete 2020; Üst ve Pasinlioğlu, 2015)

Üst ve Pasinlioğlu (2015) çalışmasında primipar kadınların %85,3'ünün; Gözükara ve Eroğlu (2008) çalışmasında kadınların %95,7'sinin; Çıtak Bilgin vd. (2018) hem primipar hem multipar gebeleri dahil ettiği çalışmasında kadınların %73,4'ünün; Timur ve Hotun Şahin (2010) çalışmasında %96,6'sının ve Temizkan ve Mete (2020) çalışmasında vajinal doğum yapan primipar kadınların %72,5'inin sezaryen ile doğum yapan primipar kadınların ise %27,5'inin gebeliği planlı gerçekleşmiştir. Çalışmamızda kadınların %73,2'sinin gebeliklerinin planlı olduğu belirlenmiştir ve literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda primipar kadınların %95,9'u gebeliği istediklerini ifade etmiştir bu oran son 5 yılda primipar ve multipar tüm gebelikleri içeren TNSA 2018 verisine

göre (%75) oldukça yüksektir ve bu yüksek oran çalışmamızın eğitim düzeyi yüksek primipar kadınları içermesinden kaynaklanmış olabilir.

TNSA (2018) verisine göre Türkiye’de tüm doğumlar incelendiğinde sezaryen doğum oranı %52’dir, çalışmamızda sezaryen doğum oranı %57,7 bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen doğum oranının %10-15 altında olmasını önermektedir. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Doğum Eylem Planı’nda 2023 yılı için primer sezaryen oranını %27,7 olarak hedeflemiştir. Kayser Konakçı ve Kılıç (2004) İzmir’de yaptıkları çalışmada sezaryen doğum oranını %40,2; Pınar vd. (2009) Ankara’da yaptıkları çalışmada sezaryen doğum oranını %56 olarak bildirmiştir. Aslan ve Okumuş’un (2017) İstanbul’da bir özel hastanede yaptığı çalışmada primipar kadınlarda sezaryen doğum oranı %60’tır. Ülkemiz genelinde bildirilen sezaryen doğum oranları olması istenen düzeylerin oldukça üzerindedir.

Çalışmamızda doğum şekli ile doğum endişesi arasında ilişki bulunamasa da kadınların doğum konusunda genel olarak endişe düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Primipar kadınlar daha önce doğum deneyimi yaşamadığı için doğum şeklinden bağımsız olarak bilinmeyen doğum eylemine karşı endişe duymaktadır. Henderson ve Redshaw’un (2016) İngiltere’de primipar kadınlarda yaptığı çalışmada 20 yaş altı kadınların sezaryen doğum için 20 yaş üstü kadınlara göre daha endişeli olduğu bulunmuştur. Gamble ve Creedy’nin (2001) Avustralya’da primipar ve multipar kadınları dahil ettiği çalışmada sezaryen doğum yapan kadınların vajinal doğum yapan kadınlara göre endişe düzeyleri yüksek saptanmıştır. Weaver ve arkadaşlarının (2007) İngiltere’de primipar ve multipar kadınları dahil ederek yaptıkları çalışmada, kadınların tümünün bebeklerinin sağlıkları için endişe duydukları saptanmıştır. Sezaryen doğumu tercih eden kadınlar bebekleri için sezaryenin daha güvenli bir doğum şekli olduğunu ifade etmiştir.

Ceylantekin’in (2006) multipar ve primipar kadınları dahil ettiği çalışmada kadınların %69,8’inin doğum ile ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı; Üst ve Pasinlioğlu (2015) çalışmada ise primipar gebelerin %82,7’sinin doğum ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da kadınların %63,9’u herhangi bir kaynaktan bilgi almamış iken eğitim alan kadınların büyük çoğunluğu da (%42,9) eğitimi sosyal medya ve internetten aldığını ifade etmiştir. Bu

sonuçlar eğitim oranı yüksek çalışma grubumuz için literatürden oldukça farklıdır. Çalışmamızın pandemi koşullarında yapılmış olması, Covid 19 nedeniyle sokağa çıkma kısıtlamaları ile acil dışı hastane başvurularının kısıtlanması ve Covid 19 korkusu ile gebelerin hastane başvurularının azalmasının sağlık personelinin eğitim alma oranlarını azalttığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda primipar kadınlara, doğum ve doğum sonrası dönem için bilgilendirme yapılıp yapılmaması ile doğum endişesi arasında ilişki bulunamamıştır. Uslu Yuvacı ve arkadaşlarının (2020) primipar kadınlarda yaptığı çalışmasında; doğum ve doğum sonrası dönem için eğitim alan kadınların eğitim almayan kadınlara göre doğum endişesi puanı daha yüksek yani doğum endişesi daha düşük saptanmıştır. Gönenç ve Çakırcı Çalbayram'ın (2017) gebelerin doğuma hazırlık eğitimleri hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği çalışmasında; kadınların %95'i aldıkları eğitimin gebelik dönemine fayda sağladığını belirtirken, %72,5'i ise eğitimin doğum sürecinde kendisine fayda sağladığını ifade etmiştir. Çalışmamızda doğum veya doğum sonrası dönem için bilgilendirme alan kadınların 31,4'i gebe bilgilendirme sınıfından, %25,7'i ise ebeden eğitimi aldıklarını ifade etmiştir. Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadının doğum ve doğum sonu döneme ait endişelerini giderme konusunda ebe ve hemşirelerin aktif rol almaları gerektiği belirtilmiştir.

Deng ve arkadaşları (2021) Çin'de 260 primipar ve multipar kadını dahil ettiği çalışmasında primipar kadınların multipar kadınlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır; benzer sonuç Spice'in (2009) çalışmasında da bildirilmiştir. Ayrıca kadınların yaşadıkları doğum korkusu; doğum süresini, müdahaleli doğum oranını ve acil sezaryen oranını artırıcı bir etkiye sahiptir (Adams vd., 2012). Çalışmamızda kadınların %63,9'unun doğum korkusu yaşadığı görülmektedir; bu yüksek oranın primipar kadınlarda çalışmanın yapılmış olması ve doğuma hazırlık eğitimi almayan kadın sayısının yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kızılırmak'ın (2011) çalışmasında, doğuma hazırlık eğitimi öncesi şiddetli düzeyde korku yaşayan kadınların oranı %32 iken eğitim sonrası bu oran %18'e düşmüştür. Literatür incelendiğinde; gebelik döneminde doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların, doğum ile ilgili negatif düşüncelerinin olumlu yönde değişebileceği bildirilmiştir (Coşar ve Demirci, 2012; Yılmaz Esencan vd., 2018). Aynı şekilde İsveç'te yapılan

çalışmada da doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların daha olumlu doğum deneyimine sahip oldukları saptanmıştır (Bergström vd., 2009).

Henderson ve Redshaw (2016) İngiltere’de primipar kadınlarda yaptığı çalışmasında 20 yaş ve altı kadınlarda doğum endişesinin 20 yaş ve üzeri kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise primipar kadının yaşı ile doğum endişesi arasında ilişki bulunamamıştır. İsveç’te yapılan araştırmada kadının eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında da bir ilişki saptanamamıştır (Ternström vd., 2015).

Çalışmamızda primipar kadınların %63,9’u kendi sağlığı konusunda endişe yaşamadığını %66’sı ise bebekleri için sağlık endişesi taşıdıklarını ifade etmiştir. Börü’nün (2016) primipar kadınlarda yaptığı çalışmasında ise kadınların %81,5’i kendisi veya bebeği için endişe taşımaktadır. Hildingsson ve Larsson (2021) İsveç’te 280 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların en çok bebekleri için endişe taşıdığını bildirilmiştir. Çalışmamızda primipar kadınların bebekleri için sağlık endişesi taşıma durumlarının yaşadıkları doğum endişesi üzerinde de etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Kitapçioğlu vd. (2008) Manisa’da yaptığı çalışmasında, kadınlarda gebelik döneminde ‘doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişeler’ en yüksek saptanırken ikinci sırada ‘gebelik dönemi içinde bebeğinin sağlığı için endişe taşıma’ durumu gelmektedir. Küçükkaya ve arkadaşları (2018) Edirne ilindeki çalışmasında doğum ve doğum sonrası döneme ait doğum endişesi puan ortalamaları; 1. trimesterde ($4,2 \pm 2,8$), 2. trimesterde ($4,9 \pm 3,0$), 3. trimesterde ($6,1 \pm 2,0$) olarak saptanmış ve trimesterler ilerledikçe kadınların doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası dönem için endişelerinin arttığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda doğum endişesi ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür taramasında bu konuda bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’ nin puan ortalaması $22,75 \pm 3,37$ olarak orta düzey bulunmuştur; bu sonuç Yılmaz’ın (2019) Uşak’taki çalışmasında saptadığı puan ortalaması $24,07 \pm 2,77$ ile uyumludur. Öztürk’ün (2014) Erzurum’daki çalışmasında Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin puan ortalaması $16,35 \pm 1,02$; Sis Çelik ve arkadaşları (2014) yine Erzurum’da yaptığı çalışmasında ise $16,85 \pm 4,82$ olarak bulunmuştur. İlgili literatürlerin bizim ve Yılmaz’ın (2019) çalışmasından

farklı olarak daha düşük yaşam kalitesi saptamasının bölgesel ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadının yaşı arttıkça doğum sonu yaşam kalitesinin arttığı gözlenmiştir. Çalışmamız ile uyumlu olarak Yılmaztürk'ün (2010) Eskişehir'de 500 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 24 yaş ve altındaki kadınlarda en düşük ($15,75 \pm 0,85$); 25-34 yaş arasında en yüksek bildirilmiştir. Literatürde kadının yaşının artması ile doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamasını düşüğünü bildiren farklı yayınlarda mevcuttur. Öztürk'ün (2014) Erzurum ilinde 240 kadın ile yaptığı araştırmasında, kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları; 35 yaş üstü kadınlarda $16,03 \pm 1,06$ ile en düşük, 20-24 yaş ve altı kadınlarda $16,39 \pm 1,11$ ile en yüksek bulunmuştur. Demir ve Taşpınar'ın (2021) Aydın ilinde 170 kadın ile yaptığı araştırmasında, kadınların doğum sonu yaşam kalitesinin yaş gruplarından etkilendiği; 26-34 yaş grubu kadınların DSYKÖ puan ortalamasının ($18,86 \pm 1,22$), 19-25 yaş grubu ($18,35 \pm 1,29$) ve 35-42 yaş grubu ($18,46 \pm 1,24$) kadınların puan ortalamasından daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda doğum sonu yaşam kalitesi ile kadının eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Demir ve Taşpınar'ın (2021) çalışmasında ilkokul veya ortaokul mezunu kadınlarda doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamasının ($18,59 \pm 1,31$), lise veya üniversite mezunu kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamasından ($18,67 \pm 1,21$) düşük olduğu görülmüştür. Öztürk'ün (2014) çalışmasında üniversite mezunu olan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ($16,50 \pm 1,00$), ilkokul mezunu kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasından ($16,11 \pm 0,95$) yüksek bulunmuştur. Dikmen'in (2019) çalışmasında üniversite mezunu kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer eğitim düzeyindeki kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Altıparmak'ın (2006) Manisa'da 262 gebe kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadının eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir. Sis Çelik vd. (2014) yaptıkları çalışmada üniversite mezunu kadınların diğer kadınlara göre doğum sonu yaşam kalitesinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Arslan'ın (2001) çalışmasında primipar kadınların eğitim seviyesinin artması yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Konya Mevlana Kalkınma Ajansı'nın yayınladığı

çalışmada, üniversite mezunu kadınların yaşam kalitesi düzeyi diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur (Yaşam Kalitesi Temelinde Toplumsal Şiddet, Göç ve Yoksulluğun İncelenmesi, 2012). Eğitim düzeyleri arttıkça kadınlar sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşım ve yardım talep etme konusunda daha avantajlı olmakta ayrıca karşılaştığı sorunlarla daha iyi baş edebilmektedir. Eğitimi yüksek kadınların doğum sonu dönemde ihtiyaçlarını belirleyerek, sağlık hizmetine ulaşım veya sosyal destek konusunda beklentilerine cevap aramasının doğum sonu yaşam kalitesini ve memnuniyetini arttırdığı da söylenebilir. Çalışmamızda kadınların eğitim durumunun doğum sonu yaşam kalitesi ile ilişkili olmamasını, araştırmaya dahil edilen kadınların %70'inin lise ve üstü eğitim almış olup homojen bir dağılım göstermemesinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda evlilik yılı ile doğum sonrası yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da Öztürk'ün (2014) hem primipar hem multipar gebeleri dahil ettiği çalışmasında evlilik süresi 1-5 yıl arasında olan kadınların DSYKÖ puan ortalamasının arttığı, evlilik süresinin uzamasının doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamasını azalttığı bildirilmiştir. Arslan'ın (2001) yaptığı çalışmada farklı olarak evlilik süresi 2 yıldan fazla olan primipar kadınların yaşam kalitesi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız pandemi döneminde uygulandığı için çiftlerin ev içinde birlikte geçirdikleri sürenin artması ve eşlerin doğum sonu dönemde kadınlara daha fazla destek verebilmesi literatürden farklı sonuçlara yol açmış olabilir.

Çalışmamızda kadınların %83'ü çekirdek aileye sahip idi ve aile tipi ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmadı. Öztürk'ün (2014) Erzurum'da multipar ve primipar kadınların dahil edildiği çalışmasında çekirdek ailede yaşayan kadınların yaşam kalitesi puanları geniş ailede yaşayan kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonucun çekirdek ailede yaşayan bireylerin birbirlerine daha fazla zaman ayırabilmesi ve eşlerin birbirlerine duygularını daha rahat ifade edebilmesinden kaynaklandığı bildirilmiştir. Dikmen'in (2019) Yozgat ilinde doğum sonu yaşam kalitesinin maternal bağlanmaya etkisinin araştırıldığı çalışmasında da, çekirdek aile tipinde yaşayan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının geniş aile tipinde yaşayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Primipar kadınların gelir düzeyi ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Dikmen'in (2019) Yozgat'ta yaptığı çalışmada ekonomik durumunu gelir gidere denk olan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamalarının geliri giderden az olan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Uysal'ın (2017) çalışmasında gelir durumunu iyi olarak ifade eden kadınların doğum memnuniyeti, gelir durumunu kötü olarak belirten kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardan farklı olarak Yılmaz'ın (2019) Uşak'ta yaptığı çalışmasında ise gelir düzeyi düşük kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalaması gelir düzeyi yüksek olan kadınların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu farklı sonucu "yaşam kalitesinin kişiler için subjektif bir değer olduğu ve kişilerin yorumladıkları parametreye göre değişkenlik gösterebileceği" yorumu ile açıklamışlardır. Henriksen vd. (2017) Norveç'te yaptıkları çalışmada ekonomik güçlük yaşamamanın olumsuz doğum deneyimini desteklediği bildirilmiştir.

Çalışmamızda primipar kadınların çalışma durumu ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olsada iyi bir eğitim almış olmak ve beraberinde iyi bir iş yaşamına sahip olmak genel anlamda kişinin yaşam kalitesini doğrudan olumlu yönde etkilemektedir (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004).

Çalışmamızda çalışan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalaması $22,21 \pm 3,51$, çalışmayan kadınların puan ortalaması $23,38 \pm 3,13$ olarak bulunmuştur; istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadının çalışmıyor olması doğum sonu yaşam kalitesini arttırmaktadır. Öztürk'ün (2014) çalışmasında çalışan ($16,38 \pm 1,07$) ve çalışmayan ($16,34 \pm 1,00$) kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Ayrıca çalışmamızda doğum yapılan hafta ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Primipar kadınların sosyal güvencesinin olup olmaması ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmasa da doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ($22,96 \pm 3,36$) sosyal güvencesi olmayan kadınların puan ortalamasından ($21,16 \pm 2,94$) yüksek bulunmuştur. Öztürk'ün (2014) çalışmasında sosyal güvencesi olan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ($16,44 \pm 0,97$) sosyal güvencesi olmayan kadınların doğum sonu

yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasından ($15,74 \pm 1,10$) yüksek bildirilmiştir. Ailenin sosyal güvenceye sahip olmasının bireylerin bakım gereksinimlerini rahat şekilde karşılamalarını sağladığı ve yaşam memnuniyetini arttırdığı, anksiyeteyi azalttığı düşünülmektedir. Bireylerin aynı zamanda sosyal destek almasının kişinin iyilik halini arttırarak yaşam memnuniyetlerini olumlu etkileyeceği ve beraberinde yaşam kalitelerine katkı sağlayacağı ifade edilmiştir (Çıtak Bilgin vd., 2018). Bu literatürlerin aksine Yılmaz'ın (2019) Uşak ilinde yaptığı çalışmada ise sosyal güvenceye sahip olmayan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalaması sosyal güvenceye sahip olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığı; “yaşam kalitesi kavramının aynı zamanda kişinin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden, kişisel inançlarından ve sosyal ilişkilerinden etkilenen multidisipliner bir kavram olduğu” ile açıklamıştır (Öztürk, 2014).

Çalışmamızda vajinal doğum yapan primipar kadınların sezaryen doğum yapan primipar kadınlara göre doğum sonu yaşam kalitesi puanı literatürle uyumlu olarak daha yüksektir. İran ve Avustralya’da yapılan araştırmalarda doğum şeklinin doğum sonu yaşam kalitesini etkilediği, vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Emmanuel ve Sun, 2014; Torkan vd., 2009). Sis Çelik vd. (2014) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların ($17,83 \pm 4,88$), sezaryen doğum yapan kadınlara ($14,95 \pm 4,12$) göre doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu saptamıştır. Pınar vd. (2009) doğum sonu konfor araştırmasında vajinal doğum yapan kadınların doğum sonu konforunun sezaryen doğum yapanlardan yüksek olduğu bildirilmiştir. Çıtak Bilgin vd. (2018) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyetlerinin sezaryen doğum yapan kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Uysal'ın (2017) kadınların doğum deneyimleri ile doğum sonrası memnuniyetlerinin incelendiği çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyet puanları sezaryen doğum yapan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Kohler vd. (2018) primipar ve multipar kadınları dahil ettiği çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre daha yüksek doğum sonu yaşam kalitesine sahip olduklarını saptamıştır.

Çalışmamızda doğum korkusu ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamasa da ‘doğum korkusu yaşama durumu’ değişkenine daha

fazla kadın (97 kişiden 67 kadın) ‘evet/kısmen’ cevabı vermiştir. Literatürde son trimesterde gebelerin daha çok doğuma odaklanmasından dolayı doğum korkularının arttığı bildirilmiştir (Wijma, 2003).

Çalışmamızda primipar kadınların doğum ve doğum sonu döneme ait bilgilendirme alması ile doğum sonu yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır; bu sonuç Öztürk’ün (2014) çalışması ile uyumludur. Kadının doğum sonrası yaşayacağı rol değişiklikleri ve beden imajı değişiklikleri konularında bilgilendirilmesi doğum sonu yaşayacağı endişe seviyesini düşürmeye yardımcı olacaktır (Çelik vd., 2014).

Çalışmamızda evde bebek bakımı ve ev işleri konusunda yardımcı olacak kişilerin olup olmaması ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. İtalya’da 179 nullipar kadın ile yapılan çalışmada, kadına verilen sosyal desteğin doğumda müdahale oranını azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir (Tani ve Castagna, 2016). Ayrıca doğum sonrası dönemde kadını depresyondan koruyucu ve doğum ve doğum sonu dönemde yaşam kalitesini arttırıcı bir faktör olduğu ifade edilmiştir. İspanya’da yapılan çalışmada gebelik veya doğuma bağlı gelişen problemlerin kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Martínez-Galiano vd., 2019). Kadının gebelik ve doğum sonu yaşayacağı problemlerin erken evrede saptanıp önlenmesi ve kadına bu konularda destek verilmesi kadının postpartum sürece uyumunu ve yaşam kalitesini olumlu etkileyecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Primipar kadınların doğum endişeleri ile doğum sonu yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.
2. Primipar kadınların; yaşları, eşlerinin yaşları, eğitim durumları, gelir düzeyleri, kaç yıldır evli oldukları ve kaçınıcı haftada doğum yaptıkları ile doğum endişeleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.
3. Primipar kadınların; çalışma durumlarının, mesleklerinin, yaşadıkları yerleşim yerinin, sosyal güvencelerinin olup olmasının, aile tiplerinin, gebeliklerinin planlı olup olmasının, gebeliklerini isteyip istememe durumlarının, doğum şeklinin, evde bebek bakımı konusunda yardımcı olacak kişilerinin olup olmasının, evde ev işleri konusunda kendilerine destek olacak kişilerinin olup olmasının, kendilerine doğum veya doğum sonu döneme ait bilgilendirme yapılmasının ve kendileri için sağlık endişesi taşıma durumlarının primipar kadınların doğum endişelerinde etkili bir faktör olmadığı görülmüştür.
4. Doğum korkusu yaşayan primipar kadınlar doğum korkusu yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha fazla doğum endişesine sahiptir.
5. Bebekleri için sağlık endişesi taşıyan primipar kadınlar, taşımayanlara göre daha fazla doğum endişesine sahiptir.
6. Primipar kadınların; yaşları, eşlerinin yaşları, eğitim durumları, gelir düzeyleri, kaç yıldır evli oldukları ve kaçınıcı haftada doğum yaptıkları ile doğum sonu yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
7. Primipar kadınların; çalışma durumunun, mesleklerinin, yaşadıkları yerleşim yerinin, sosyal güvencelerinin, aile tipinin, gebeliğin planlı olup olmasının, gebeliği isteyip istememe durumunun, evde bebek bakımı konusunda yardımcı olacak kişilerinin olup olmasının, evde ev işleri

konusunda kendilerine destek olacak kişilerinin olup olmamasının, kendilerine doğum veya doğum sonu döneme ait bilgilendirme yapılmasının, doğum korkusu yaşama durumunun, kendileri için sağlık endişesi taşıma durumunun ve bebekleri için sağlık endişesi taşıması durumunun primipar kadınların doğum sonu yaşam kalitelerinde etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır.

8. Vajinal doğum yapan primipar kadınlar, sezaryen doğum yapan kadınlara göre daha yüksek Doğum Sonu Yaşam Kalitesi'ne sahiptir.

6.2. Öneriler

- Doğum öncesi gebelerin bilinçlenmelerinin sağlanması, doğum öncesi eğitim olarak doğuma ve lohusalık sürecine geçişlerinin daha sağlıklı yürütülmesi sağlanmalıdır. Ayrıca pandemi şartları ya da hastane ulaşımının kısıtlı olabileceği durumlar da göz önünde bulundurularak online ya da web siteleri üzerinden gebe eğitimleri verilebilmesi için düzenlemeler yapılması uygun olabilir.
- Gebelerin takipli oldukları sağlık kurumu ve doktoru/ebesi/hemşiresi tarafından kadının ihtiyaçlarının sağlıklı şekilde gözlemlenmesi ve bu doğrultuda ihtiyaçlarının daha dikkatli karşılanması sağlanmalıdır.
- Ülkemizde sezaryen doğum oranlarının Sağlık Bakanlığı'nın ve DSÖ'nün istediği sezaryen doğum oranlarına düşürülmesi amaçlı ebelerin doğum sürecine aktif katılımı için daha çok destek verilmesi, medikolegal konularda doktor/ebe/hemşirenin yasalar çerçevesinde daha korunuyor olması sağlanmalıdır.
- Gebeliği süresince yeterli eğitim, destek almış ve sürece hazırlanmış kadında doğum endişesi daha az gelişecek, vajinal doğum oranları artacak ve doğum sonu yaşam kalitesi de daha yüksek olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Adams, S., Eberhard-Grand, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119 (10), 1238-46.
- Akbay, Z., & Büyükoğlu, Y. (1968). Doğum travmalarına toplu bir bakış ve vakum ekstraksiyonlarına bağlı hasarlar. *Zeynep kamil tıp bülteni*, 193-200.
- Akın, T., & Onur, E. (2007). Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı* (s. 296-303). içinde Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aktuna, E. N., Aydın Ateş, N., & Ayar Kocatürk, A. (2019). Vajinal doğum eyleminde perineal travmanın önlenmesinde yaklaşımlar. *SAUHSD*, 2 (2), 38-45.
- Alanbay, İ., & Karaşahin, E. (2020). Sezaryen doğum. *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. içinde
- Altıparmak, S. (2006). Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (6), 416-423.
- Altıntuğ, K., & Ege, E. (2012). Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3), 214-222.
- Altıntuğ, K., Kızılırmak, A., Kartal, B., & Başer, M. (2010). Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (3), 62-65.
- Amanak, K., & Karaçam, Z. (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 28 (1), 17-22.
- American College of Obstetricians and Gynecologist. (2010). <https://www.acog.org/clinical> adresinden alındı
- Arıkan, D. C. (2014). Normal doğum eyleminin klinik seyri. *Eylem ve doğum* (s. 120-141). içinde Ankara: Akademisyen tıp kitabevi.
- Arslan, F. (2001). Primipar annelere gebelikte ve doğum sonu bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
- Arslan, S., Okçu, G., Coşkun, A., & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Journal of Health Science and Profession*, 6 (1), 179-192.
- Aslan, Ş., & Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4 (1), 32-40.
- Aydiner Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Quality of Life and Indicators. *Journal of Academic Researches and Studies*, 8 (15).
- Bağcı, S. (2014). *Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Bakırcı, Y. (2010). *Gazi üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 1988-2009 yılları arasında gerçekleşen doğumların, sezaryen endikasyonları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Balçık Çolak, M., Akın, B., & Çeber Turfan, E. (2019). İlk kez doğum yapan kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Life Sciences (NWSALS)*, 14 (2), 30-40.
- Beckmann, M. M., & Stock, O. S. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, 30 (4).
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *116* (9), 1167-76.
- Bilgin, N., Ergenç, A., & Timürcanday, Ö. (1985). *Bireylere algılanan şekliyle yaşam kalitesi*. E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını.
- Birgili, F. (2020). Doğum yapan kadınların doğum sonu konforu ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23 (3), 351-360.
- Börü, F. (2016). Primipar kadınların doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişki. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Bülez, A. (2017). *Antenatal dönemde verilen hipnoz ile doğum (hipnobirthing) eğitiminin doğum ağrısı ve korkusu üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). *Cesarean Section Clinical Guideline*.
- Ceylantekin, Y. (2006). *Sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan kadınların deneyimlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Chubon, R. A. (1986). "Quality of life and persons with end-stage renal disease. *Dialysis and Transplantation* (s. 450-452). içinde
- Clark, S. L., Belfort, M. A., Hankins, G. D., Meyers, J. A., & Houser, F. M. (2008). Variation in the rates of operative delivery in the United States. *Obstetric Anesthesia Digest*, 28 (2), 86.
- Coşar, F., & Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDÜ Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3 (1), 18-30.
- Cragin, E. B. (1916). Conservatism in Obstetrics. *New York Medical Journal* (104), 1-3.
- Çapık, A., Özkan, H., & Ejder Apay, S. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 186-192.
- Çetinay Aydın, P. (2017). Kaygı ve endişe. *Türkiye klinikleri*, 10 (4), 228-236.
- Çiçek, M. N., Akyürek, C., Çelik, Ç., & Haberal, A. (2006). *Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi* (s. 213-214). içinde Ankara: Güneş kitabevi.

- Çıtak Bilgin, N., Ak, B., Coşkun Potur, D., & Ayhan, F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5 (3), 342-352.
- Çorakçı, A., Yücesoy, G., Özeren, S., Yücesoy, S., Vural, B., & Karabacak, O. (1998). Günümüzde doğum yöntemi ve yükselen sezaryen oranı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni Jinekoloji-Obstetrik-Pediatrici Klinikleri*, 30 (1-2).
- Demir, R., & Taşpınar, A. (2021). Doğum öncesi eğitimin doğum sonu yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 154-165.
- Demirel, E., & Demir, A. (2020). Operatif vajinal doğum. *Kadın Hastalıkları ve Doğum* (s. 463-471). içinde Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
- Deng, Y., Lin, Y., Yan, L., Liang, Q., Fu, B., Li, H., et al. (2021). A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8 (4), 380-387.
- Dikmen, R. (2019). *Doğum sonu yaşam kalitesinin maternal bağlanmaya etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.
- Doğan Merih, Y., Karabulut, Ö., & Gülşen, Ç. (2018). Anne bebek okulunun postpartum uyum süreci ve anne memnuniyeti üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19 (3), 21-33.
- Doğum Eylem Planı 2019-2023*. (2019). Türk Perinatoloji Derneği, İstanbul.
- Doğum öncesi bakım yönetim rehberi*. (2014). Ankara: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı.
- Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*. (2010). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- Durmaz Akyol, A. (1993). Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
- Emmanuel, E. N., & Sun, J. (2014). Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (11-12).
- Erbaba, H., & Pınar, G. (2016). Primipar kadınların perineal travmaya ilişkin görüşleri ve uygulamaları: nitel bir çalışma. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13 (3), 89-94.
- Erkal Aksoy, Y., & Özentürk, M. G. (2014). Oxford doğum endişesi ölçeği (OWLS) türkçe geçerlilik güvenirlik. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Erkal Aksoy, Y., & Özentürk, M. G. (2016). Oxford doğum endişesi ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenirliği. *Türkiye Klinikleri*, 1 (3), 170-183.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. (2004). https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/eurofound_en adresinden alındı.
- Evrüke, C., & Mısırlıoğlu, S. (2014). Doğumun normal mekanizması. *Eylem ve doğum* (s. 102-117). içinde Ankara: Akademisyen tıp kitabevi.

- French College of Gynecologists and Obstetricians*. <https://www.emedeevents.com/organizer-profile/national-college-of-french-gynecologists-and-obstetricians-college-national-des-gynecologues-et-obstetriciens-francais-cngof> adresinden alındı
- Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28 (2), 101-110.
- Geary, M., Wilshin, J., Persaud, M., Hindmarsh, P. C., & Rodeck, C. H. (1998). Do doctors have an increased rate of caesarean section? *Lancet*, 18, 351.
- Gomes, U. A., Silva, A. A., Bettiol, H., & Barbieri, M. A. (1999). Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *International Journal of Epidemiology*, 28 (4), 687-694.
- Göktuğ Kadioğlu, B., Çınar Tanrıverdi, E., & Göktürk, E. B. (2019). Doğuma hazırlık eğitiminin lohusaların duyu durumuna etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22 (3), 189-195.
- Göncü Serhatlıoğlu, S., & Karahan, N. (2018). Doğum memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* (12), 75-91.
- Gönenç, İ. M., & Çakırer Çalbayram, N. (2017). Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 14 (2), 1609-1620.
- Göynüner, F. G., Temel, M., Şahin, S., Naki, M., & Kepkep, K. (2006). Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Perinatoloji Dergisi*, 14 (4), 176-182.
- Gözükara, F., & Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-46.
- Gözükara, F., & Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: " bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryensonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 18 (2), 89-100.
- Güngör, E. S., Ertaş, E., Çelen, Ş., Danışman, N., & Mollamahmutoğlu, L. (2005). Sezaryen sonrası vajinal doğum: Güvenli midir? *Perinatoloji Dergisi*, 13 (4), 208-212.
- Güngör, İ., & Kızılkaya Beji, N. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28 (3), 348-357.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2016). Worries about labor and birth: a population-based study of outcomes for young primiparous women. *Birth*, 43 (2), 151-158.
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 33-39.
- Hildingsson, I., & Larsson, B. (2021). Women's worries during pregnancy; a cross-sectional survey using the Cambridge Worry Scale in a rural area with long distance to hospital. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 28.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Hekel, B., Riner, G., & Bloomfield, P. (2006). *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*. Journal of Nursing Measurement .
- Hotun Şahin, N. (2009). Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3).

- International Confederation of Midwives (ICM) (2021).<https://www.internationalmidwives.org>
- Johnson, C. T., Choubey, V., Satin, A. J., & Werner, E. F. (2016). Malpractice and obstetric practice: the correlation of malpractice premiums to rates of vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 214 (4), 545-546.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1), 113-121.
- Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2019). Annelerin doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 6 (2), 182-199.
- Karaçam, Z. (2008). Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 38-46.
- Karahan, N. (2018). Sezaryen oranlarını azaltmada ebelerin rolleri. *Türkiye Klinikleri*, 11 (1), 94-84.
- Karakaplan, S. (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Kayser Konakçı, S., & Kılıç, B. (2004). İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik*, 14 (2), 88-95.
- Khasawneh, W., Obeidat, N., Yuse, D., & Alsulaiman, J. W. (2020). The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Kitapçıoğlu, G., Yanıkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 47-54.
- Kızıllırmak, A. (2011). *Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Knight, H., Gurol-Urganci, I., van der Meulen, J., Mahmood, T. A., Richmond, D. H., Dougall, A., et al. (2013). Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121 (2), 183-192.
- Kohler, S., Annerstedt, K. S., Diwan, V., Lindholm, L., Randive, B., Vora, K., et al. (2018). Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1).
- Kurt Can, E., & Ejder Apay, S. (2020). Doğum şekli: doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi? *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8 (3), 547-565.
- Küçükkaya, B., Dindar, İ., Erçel, Ö., & Yılmaz, E. (2018). Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri. *Jaren*, 28-36.
- Landon, M. B., & Lynch, C. D. (2011). *Optimal timing and mode of delivery after cesarean with previous classical incision or myomectomy: a review of the data*. Semin Perinatol.

- Laughton, S. K., Branch, D. W., Beaver, J., & Zhang, J. (2013). Changes in labor patterns over 50 years. *Obstetric Anesthesia Digest*, 33 (2).
- Long, P. H. (1960). On the quantity and quality of life. *Med Times*, 613-619.
- Malmström, T. (1957). The vacuum extractor: an obstetrical instrument. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 36, 5-50.
- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (2).
- Menacker, F., Declercq, E., & Macdorman, M. F. (2006). *Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology*. Semin Perinatol.
- Mitler, L. K., Rizzo, J. A., & Horwitz, S. M. (2000). Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol*, 53 (10), 1030-1035.
- Mongan, M. F. (2013). *Hypnobirthing mongan yöntemi*. (A. Bakkal, Çev.) İstanbul: Gün yayıncılık.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). <https://www.nice.org.uk/> adresinden alındı
- OECD (2022), *Caesarean sections (indicator)*. doi: 10.1787/adc3c39f-en (Erişim tarihi: 24 May 2022).
- Okumuş, H., Yenal, K., Durgun Özal, Y., & Öztürk, E. (2015). Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 1 (1), 16-24.
- John hopkins jinekoloji el kitabı. (2013). (E. Oral, Çev.) Güneş tıp kitabevleri.
- Normal doğum, operatif doğum ve malprezentasyonlar.(2008). *John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı* içinde, (E. Oral Çev.) Güneş Tıp Kitabevi.
- Normal eylem, normal doğum, operatif doğum ve malprezentasyon.(2013). *John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı* içinde (E. Oral Çev.) Güneş Tıp Kitabevi.
- Öcal, Z. (2019). Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özgünen, F. T., & Evrûke, C. (2001). Sezaryen. *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji* (s. 1322-1330). içinde Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, S. (2014). *Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve desteklerinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Pardes, B. B. (2017). Nullipar gebelere verilen eğitim ve danışmanlığın doğum korkusuna ve doğuma yönelik tutuma etkisinin belirlenmesi. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36 (3), 184-190.

- Quality of Life in Europe: an Illustrative Report.* (2004). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R., & Hockley, C. (2009). *The Oxford Worries about labour scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth.* Psychology Health & Medicine.
- Rouhe, H. (2015). *Fear of childbirth.* Finland : Department of Obstetrics and Gynaecology University of Helsinki.
- Royal College of Physicians of Ireland. (2011). <https://www.rcpi.ie/> adresinden alındı
- Sanhal, C. Y., Kazandı, M., & İtil, İ. M. (2011). Vakum ekstraksiyonuyla vajinal doğum. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 8 (4), 231-237.
- Sayın, C., Gürsoy Erzincan, S., & Uzun Çilingir, I. (2018). Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri*, 76-81.
- Sayiner, F. D., & Demirci, N. (2007). Effectiveness of prenatal perineal massage in vaginal delivery. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15 (60), 146-154.
- Serçekuş, P. (2005). Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. 155-162.
- Serçekuş, P., & Yenal, K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 1 (1), 33-35.
- Sis Çelik, A., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 151-157.
- Spice, K., Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Kowalyk, K., & Stewart, S. H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* (3), 168-174.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., & Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29 (4), 165-167.
- Şahin Büyük, D. (2017). *Gebelerin doğuma hazıroluşluk, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık düzeylerinin doğum şekli tercihlerine etkisinin incelenmesi.* Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .
- Şahsıvar, M. Ş. (2007). *Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.* Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı .
- Tanaçan, A., & Beksac, M. S. (2019). Üçüncü basamak bir merkezdeki operatif vajinal doğum sıklığının dekatlar arasındaki değişiminin retrospektif olarak incelenmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82 (3), 139-43.
- Tani, F., & Castagna, V. (2016). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine* .

- Taşçı Duran, E., & Ünsal Atan, Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *21* (3), 83-88.
- Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset yayınevi.
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademisyen tıp kitabevi.
- Tayyar, A., Köroğlu, N., & Özdemir, İ. (2018). Operatif vajinal doğum. *Türkiye Klinikleri*, *11* (1), 51-58.
- Temizkan, E., & Mete, S. (2020). Primipar gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 112-119.
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women--findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* (4), 445-450.
- Timur, S., & Hotun Şahin, N. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 29-40.
- Todman, D. (2007). A history of caesarean section: from ancient world to modern era. *Aust New Z J Obstet Gynecol*, *47* (5), 357-361.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazennejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2014). *Gebe Bilgilendirme Sınıfı*.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*.(2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*.(2018).Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Uslu Yuvacı, H., Çınar, N., Yalınzoğlu Caka, S., Topal, S., Pekşen, S., & Sağlam, N. (2021). Effects of antepartum education on worries about labor and mode of delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *42* (3), 228-234.
- Uysal, B. (2017). Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Uzun, P. (2018). *Sezaryen sonrası vajinal doğum ile sezaryen doğumun maternal ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılması*. Tıpta uzmanlık, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Üst, Z. D., & Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili kaygıların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 306-317.
- Vural, G., & Şentürk Erenel, A. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *4* (2), 76-83.
- Weaver, J. J., Statham, H., & Richards, M. (2007). Are there “unnecessary” cesarean sections? perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*, *34* (1), 32-41.

- Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynaecol* .
- World Health Organization. (2003).
http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Clinical_Principles/Normal_labour_C57_C76.html adresinden alındı
- Yanık, F. F., & Yanık, A. (2020). Doğum fizyolojisi ve normal doğum eylemi. *Kadın Hastalıkları Ve Doğum* (s. 373-382). içinde Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
- Yaşam Kalitesi Temelinde Toplumsal Şiddet, Göç ve Yoksulluğun İncelenmesi*. (2012). Konya Mevlana Kalkınma Ajansı (MEVKA).
- Yılmaz Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir Yıldırım, A., Ertuğrul Abbasoğlu, D., Külek, H., Şimşek, Ç., et al. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* , 31-43.
- Yılmaz, A. N. (2018). *Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Yılmaz, Ö. (2019). *Doğum sonu yaşam kalitesi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaztürk, Y. (2010). *Postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Zanetta, G., Tampieri, A., Currado, I., Regalia, A., Nespoli, A., Midwife, T., et al. (1999). Changes in cesarean delivery in an Italian university hospital, 1982-1996: a comparison with the national trend. *Birth*, 26 (3), 144-148.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı;

Bu anket, uygulamasını yürüttüğüm ‘Primipar Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Ait Endişeleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri’ isimli yüksek lisans tez çalışması kapsamında ilk gebeliği olup doğuran kadınların doğum endişeleri ve doğum sonu yaşam kalitesi düzeylerinin ölçülebilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu anketi dikkatli bir şekilde okuyarak cevaplandırınız.

Danışman: Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ

Araştırmacı: Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi Nihal USLU

- 1- Kaç yaşındasınız?
- 2- Eşiniz kaç yaşında?.....
- 3- Eğitim durumunuz.
 - ☐ Okuyor, yazamıyor
 - ☐ Okuma, yazma biliyor
 - ☐ İlköğretimi yarıda bırakmış
 - ☐ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul meznu
 - ☐ Lise mezunu
 - ☐ Önlisans mezunu
 - ☐ Lisans mezunu

☐ Diğer...

4- Eşinizin eğitim durumu.

- ☐ Okuyor, yazamıyor
- ☐ Okuma, yazma biliyor
- ☐ İlköğretimi yarıda bırakmış
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ Ortaokul meznu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Önlisans mezunu
- ☐ Lisans mezunu
- ☐ Diğer.....

5- Çalışma durumunuz.

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Diğer.....

6.Mesleğiniz nedir?.....

7.Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

- ☐ Köy-kasaba
- ☐ İlçe
- ☐ İl
- ☐ İl(Büyükşehir)
- ☐ Yurtdışı
- ☐ Diğer.....

8.Sosyal güvenceniz var mı?

- ☐ Var
- ☐ Yok
- ☐ Diğer.....

9.Aylık gelir durumunuz nedir?.....

10.Kaç yıldır evlisiniz?.....

11.Aile tipi nedir?

- ☐ Çekirdek aile
- ☐ Geniş aile

12.Gebeliğiniz planlı mıydı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

13.Gebeliğinizi istiyor muydunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

14.Gebeliğin oluşma durumu.

- ☐ Spontan
- ☐ Yardımcı üreme teknikleri ile [IUI(aşılama), IVF(tüp bebek)]

15. Doğum şekliniz.

- ☐ Normal doğum
- ☐ Sezaryen doğum

16. Kaçınıc gebelik haftasında doğum yaptınız?.....

17.Evinizde bebek bakımına yönelik size yardımcı olacak kimse var mı?

- ☐ Var (kim?.....)
- ☐ Yok
- ☐ Kısmen

18.Ev işleri konusunda size yardımcı olacak kimse var mı?

- ☐ Var (kim?.....)
- ☐ Yok
- ☐ Kısmen

19.Doğum veya doğum sonu döneme ait bilgilendirme yapıldı mı?

- ☐ Evet (kim?.....)
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

20.Doğum korkusu yaşama durumunuz.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Diğer

21.Kendiniz için sağlık endişesi taşıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

22.Bebeğiniz için sağlık endişesi taşıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

Teşekkürler...

EK-2.OXFORD DOĞUM ENDİŞESİ ÖLÇEĞİ

Maddeler	Çok endişeliydim	Oldukça endişeliydim	Çok endişeli değildim	Hiç endişeli değildim
1. Doğumun ne zaman başlayacağını bilmeme konusunda	1	2	3	4
2. Hastaneye zamanında ulaşma konusunda	1	2	3	3
3. Doğumun suni sancıyla başlatılması konusunda	1	2	3	4
4. Doğumun uzun sürmesi konusunda	1	2	3	4
5. Doğum sırasında ağrı ve rahatsızlık hissetme konusunda	1	2	3	4
6. Ağrının giderilmesine yönelik etkili destek alma konusunda	1	2	3	4
7. Doğumun ne kadar süreceğini bilmeme konusunda	1	2	3	4
8. Doğumun müdahaleli (forseps veya vakum yardımıyla doğum) olabileceği konusunda	1	2	3	4
9. Utanma konusunda	1	2	3	4
10. Sezaryene gerek duyulabileceği konusunda	1	2	3	4
11. Diğer Lütfen detaylı bilgi veriniz _____	1	2	3	4

EK-3. DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

2= Orta derecede memnun değil

3= Biraz memnun değil

.....den ne kadar memnunsunuz?

4= Biraz memnun

5=Orta derecede memnun

6= Çok memnun

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun Değil (1)	Orta Derecede (2) Memnun Değil	Biraz Memnun Değil (3)	Biraz Memnun (4)	Orta Derecede Memnun (5)	Çok Memnun (6)
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüşünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13.Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						

EK-3 Devamı: NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ? Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç Memnun Değil (1)	Orta Derecede (2) Memnun Değil	Biraz Memnun Değil (3)	Biraz Memnun (4)	Orta Derecede Memnun (5)	Çok Memnun (6)
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16.Eşiniz İle İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24. Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç önemli değil

4= Biraz önemli

2= Orta derecede önemli değil

5=Orta derecede önemli

3= Biraz önemli değil

6= Çok önemli

.....ne kadar önemli?

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede Önemli Değil (2)	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta Derecede Önemli (5)	Çok Önemli (6)
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüştünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13.Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						

EK-3 DEVAMI: NE DERECEDE ÖNEMLİ? Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede Önemli Değil (2)	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta Derecede Önemli (5)	Çok Önemli (6)
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16.Eşiniz İle İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman						
22.Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24. Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						

EK-3 DEVAMI: NE DERECEDE ÖNEMLİ? Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede Önemli Değil (2)	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta Derecede Önemli (5)	Çok Önemli (6)
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A)Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ KATILIM RIZA FORMU

Sayın katılımcı,

Uygulamasını yürüttüğüm ‘Primipar Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Ait Endişeleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri’ adlı yüksek lisans tez çalışmamda sizinde değerli katılımınızı rica ediyorum.

Katılımınız takdirde kişisel bilgileriniz çalışma etik kurallar çerçevesince gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya sadece kendi isteğinizle girebilir ve araştırmaya katılmayı reddetme, çalışmaya başladıktan sonra da devam etmek istemediğinizde araştırmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Sizden istenen yöneltilen anket formlarını doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurmanız.

Bilime yapacağınız katkıdan dolayı şimdiden teşekkür ediyorum.

Yukarıdaki metni okudum, sözlü ve yazılı olarak gerekli açıklamalar yapıldı. Kendi rızamla çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ

ARAŞTIRMACI

Ad-Soyad:

Kırklareli Üniversitesi

İmza

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Nihal USLU

İmza







Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 97159c61-14a1-4fe7-af8c-6161b878b89 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Karakaş Mah.Sungurbey Cad. No:2 KIRKLARELİ Bilgi için: ÖZLEM AKIN

Telefon: Faks No: 0288 2125107

EBE

e-Posta: ozlem.akin@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Özlem AKIN
ozlem.akin@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 288) 214 10 76



EK- 7 KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMA EK SÜRE TALEBİ İZİN YAZISI



KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KIRKLARELİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
22.04.2021 16:41 00139212993



00139212993

Ek: Komisyon Kararı ve Potokol

Dağıtım:

Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi

Kırklareli Lüleburgaz Özel Balkan Hastanesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 534f07b8-4c5e-4e75-b67c-ae4bc99e5979

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Karakas mah. Sungur bey cad. No:2 MERKEZ/KIRKLARELİ

Bilgi için: FATMA ALTINOVA

Telefon: Faks No: 0288 212 12 02

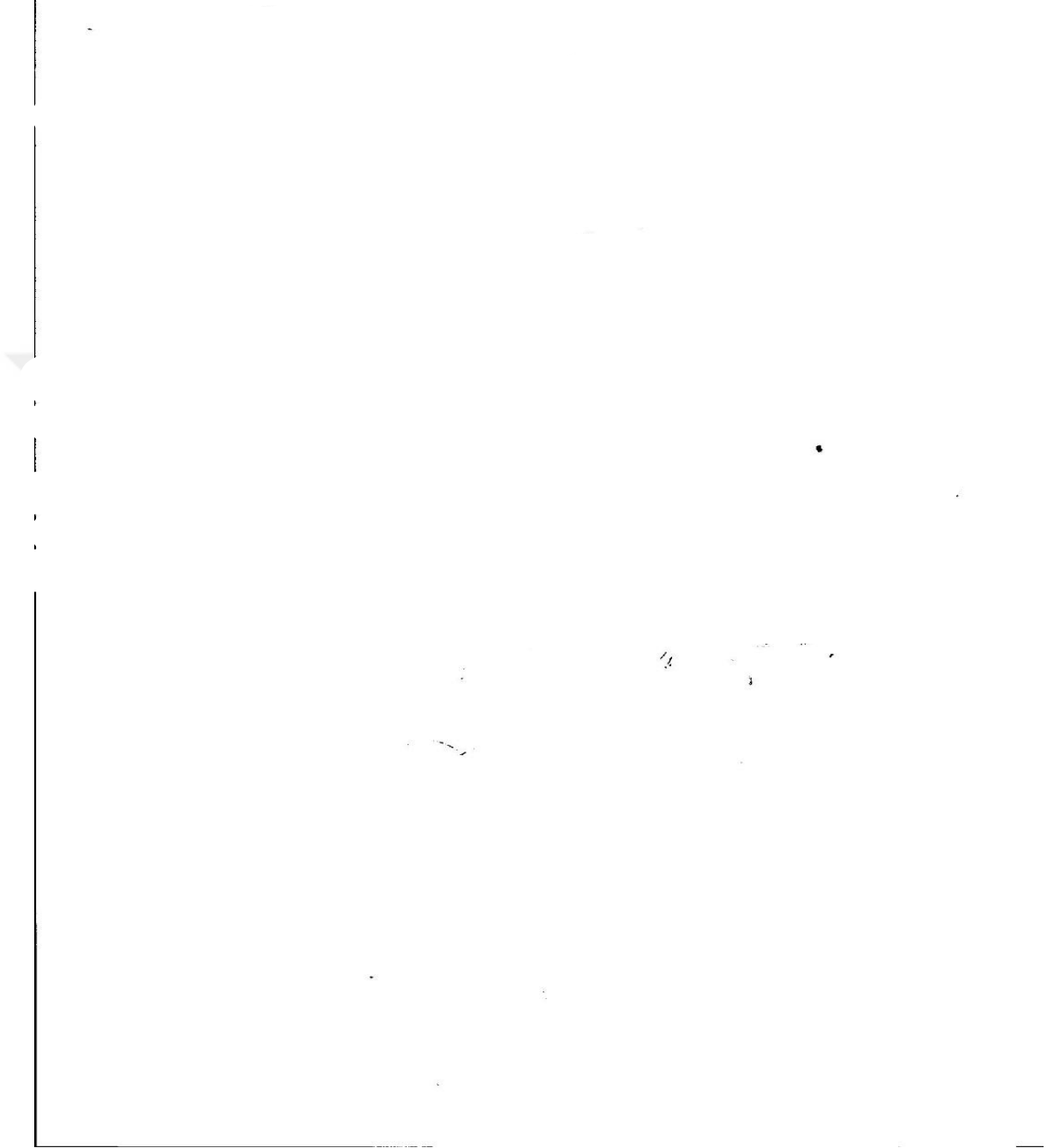
HEMŞİRE

e-Posta: fatma.altinova@saglik.gov.tr İnternet Adresi: fatma.altinova@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 288) 214 10 76



EK-8 OXFORD DOĞUM ENDİŞESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



EK-9 DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI

Sevgili Nihal;

Geçerlik, güvenilirliğini yaptığım "Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğini" araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçek ile ilgili makaleyi gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim. Sevgiler...

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

On Friday, May 24, 2019, 7:31:13 PM GMT+3, nihal uslu <nihal-uslu-1995@hotmail.com> wrote:

Merhaba Kamile hocam ben Nihal Uslu, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinizi, yazmak istediğim 'Primipar Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Ait Endişeleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri' adlı tezimde kullanmak için izninizi rica ediyorum. Teşekkür ediyorum, iyi akşamlar diliyorum.

EK-10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nihal	Soyadı	USLU
Doğ.Yeri	Kırklareli	Doğ.Tar.	23.01.1995
Uyruğu	TC	Email	nihal-uslu-1995@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı	2018-Halen
Lisans	Girne Amerikan Üniversitesi (Bölüm Birincisi)	2017

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Sorumlu Ebe	Kırklareli Lüleburgaz Özel Balkan Hastanesi	2017-Halen
2.	Stajyer Ebe	Lüleburgaz Devlet Hastanesi	2016-2017
3.	Stajyer Ebe	Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi-Lefkoşa/KKTC	2016-2017

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	-	-	-
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

1.Katıldığım Sertifika Programları ve Eğitimler:

Sertifikalar:

9. TC Sağlık Bakanlığı Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası – 2018
10. Başkent Üniversitesi Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi Doğum Koçluğu (Doula) Sertifikası – 2018
11. İstanbul Medipol Üniversitesi Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Sertifikası – 2018
12. TC Sağlık Bakanlığı Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Belgesi – 2019

Eğitimler:

13. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Temel Yenidoğan Bakım Kursu – 2018
14. TC Sağlık Bakanlığı Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimi – 2018
15. İstanbul Medipol Üniversitesi 1. Uluslararası 2. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi – 2018
16. Doğuma Yardımcı, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kursu – 2019
17. Nefes Koçluğu Eğitimi Katılım Belgesi – 2019
18. 3. Uluslararası Kori Gebelik, Doğum, Lohusalık Kongresi – 2019

19. Anadolu Ebeler Derneği ‘‘Ana Karnından Ana Kucağına Projesi’’ Ebelik Eğitimi Programı – 2019
20. ‘‘Çocuklarda; Duygu Düzenleme Becerileri, Mizaç, Ebeveyn ve Çocuk İlişkisi’’ Çevrimiçi Eğitim Katılım Belgesi – 19 Ocak 2021
21. 2. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi- 19-22 Mayıs 2022

2.Yayınlar

1. Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

1. Uslu, N. , Avcı, M. Z. & Haylı, Ç. M. (2022). Ethical Aspects of Uterus Transplantation . Journal of International Health Sciences and Management, 8 (15) , 84-87 . DOI: 10.48121/jihsam.986632

2. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler:

1. Uslu N. ‘‘Uterus Transplantasyonu’’. 4. Uluslararası 5. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi, 24-26 Eylül 2021, Sözlü Sunum.

Üye Olduğu Kuruluşlar:

1. Türk Ebeler Derneği
2. Anadolu Ebeler Derneği