

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARIN DOĞUM TERCİHLERİ ÜZERİNE
SAĞLIK EĞİTİMİNİN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Medine MUTLU ÇUBUK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR

MALATYA-2014

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINLARIN DOĞUM TERCİHLERİ ÜZERİNE
SAĞLIK EĞİTİMİNİN ETKİSİ

Medine MUTLU ÇUBUK

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR

MALATYA-2014


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Behice ERCİ



Danışman

Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR



Üye

Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2014 tarih ve 2014/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yaşar BAYINDIR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, beni titiz, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima cesaretlendiren ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Yurdağül YAĞMUR' a,

Katkılarından dolayı Malatya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Mücelli, Çöşnük, Sıtmapınarı, Çavuşoğlu, Hasan Dernek, Özalper, Adafi-1 ve 2 nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan meslektaşlarıma,

Anket formlarımı doldurarak çalışmama en büyük katkıyı sağlayan gebelere,

Her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen ailem ve eşim Özcan ÇUBUK' a teşekkürlerimi sunarım.

Medine MUTLU ÇUBUK

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, daha önce doğum yapmamış gebelerin doğum şekli tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisini belirlemektir.

Bu araştırma, tanımlayıcı ve tek grup son test deneme öncesi modeli olarak yapılmıştır. Araştırma, 14 Eylül 2011-11 Şubat 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini Malatya ilinde 8 ASM'ye kayıtlı daha önce hiç doğum yapmamış ve gebeliğinin 7. ayı ve üzerinde olan 200 gebenin taranması sonucu sezaryen doğum isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olarak belirlenen 58 gebe oluşturdu. Evrenin tamamı örnekleme alındığı için herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır.

Veriler Anket Formu kullanılarak toplandı. Sezaryen isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olan her kadına, Eğitim Materyali kullanılarak 15 dakikalık normal doğumun faydaları ve sezaryenin riskleri konusunda bire bir eğitim evlerinde verildi. Kadınlar doğumlarını yaptıktan sonra Anket Formunun doğum sonrası kısmı dolduruldu. Elde edilen verilerin istatistik değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılım ve Fisher Exact testi kullanıldı.

Tanımlayıcı gruptaki 200 gebenin planladıkları doğum şekli tercihleri incelendiğinde %71.0'inin vajinal doğum, %22.0'sinin sezaryen doğum istediği ve %7.0'sinin doğum şekli konusunda kararsız olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki 58 gebenin %84.5'i gebeliğin özel hastanede ve tamamı doktor tarafından takip edildiğini belirtmiştir. Gebelerin %75.9'u sezaryen doğum istediğini, %24.1'i ise kararsız olduğunu belirtmişti. Gebelerin %93.1'i sezaryen doğum yapmış ve %77.8'i sezaryen doğuma hekimin karar verdiğini belirtmiştir.

Gerçekleşen doğum şekli ile kadının eşinin çalışması, gebeliğin takip edildiği yer, doğumun yapıldığı yer ve planlanan doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < .05$).

Gerçekleşen doğum şekli ile kadının yaşı, kadın ve eşinin eğitimi, kadının çalışması ve aylık gelir durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Bu araştırmanın sonuçları, sezaryen doğum oranının yüksek olduğunu ve verilen bireysel eğitimin sezaryen oranını azaltmadığını gösterdi. Vajinal doğum oranlarını arttırmak için; birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşireler-ebeler tarafından kadınların antenatal dönemde vajinal doğum yapmaları konusunda cesaretlendirilmesi, eğitim verilmesi ve eğitimin sürekliliği önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Sezaryen Doğum, Vajinal Doğum, Sağlık Eğitimi, Doğum Tercihi

ABSTRACT

The Effect Of Health Education On Women's Birth Preferences

The aim of this study was to determine the effect of health education on pregnant women's birth preferences who have never given a birth.

This study was carried out as a model of defining and single group and last test of pre-trial. The research was carried out between September 14th and February 11th 2014. The universe of the study consisted of 58 pregnant women who wanted to give birth with cesarean and those who didn't make up their mind about the form of giving birth, all of whom were chosen among 200 pregnant women who were registered to the Center of Family health in the city of Malatya and who had never given any birth and who were in the 7th month of their pregnancy or more. All the universe was regarded as the sample, that is why no sampling method was used.

The data were collected by using questionnaire. Each woman who to give birth by caesarean or indecisive about how to give birth was given a 15-minute training in their houses about the risks of caesarian section and benefits of vajinal birth by using educational materials. After the women gave birth tho their babies, they were asked to fill the part of the questionnaire which was allocated to post-natal period. Percentage distribution and the Fisher Exact test were used for statistical analysis of the data obtained.

When the preferences of 200 pregnant women were examined, 71.0 % pregnant women want vajinal birth and 22.0 % of them want caesarean and 7.0 % of them stated that they were indecisive about how to give birth.

84.5 % of 58 pregnant women in the group said that they were all controlled at private hospitals by a doctor regularly. 75.9 % of the pregnant women had stated that they wanted normal birth and 24.1 % of them were indecisive. 93.1 % of the pregnant women gave birth by caesarean and 77.8 % of them said that their doctor decided how to give birth.

It has been determined that there is statistically a significant relation between the type of birth and the job of wife's husband; between the place where pregnancy is checked and how the birth is planned to happen ($p < .05$).

No significant difference has been observed between the form of birth and the age of woman, the educational state of wife and her husband, the job of the woman and monthly income ($p > .05$).

The results of these study showed that the rates of caesarean were high and giving individual training was not an effective way to diminish the rates of caesarean. To increase the rates of vajinal birth, it can be suggested that women in

the antenatal period should be encouraged and trained for vaginal birth by nurses and midwives who are working at health care institution and that the training should be maintained.

Key Words: Caesarean Section, Vajinal Birth, Health Education, Type Of Delivery

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Vajinal Doğum.....	3
2.1.1. Eylemin Başlama Belirtileri.....	4
2.1.2. Eylemin Mekanizması.....	4
2.1.3. Doğumun Evreleri.....	6
2.2. Sezaryen Doğum	8
2.2.1. Sezaryen Doğumun Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	8
2.2.2. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları	9
2.2.3. Sezaryen Doğumun Artış Nedenleri	9
2.2.4. Sezaryen Doğum Oranları Nasıl Azaltılır?	10
2.2.5. Sağlık Eğitiminin Etkisi	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Şekli	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	12
3.3. Evren ve Örneklem	12
3.4. Veri Toplama Araçları	12
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	13
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	13
3.7. İstatistiksel Analizler.....	13
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	14
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	14

4. BULGULAR.....	15
5.TARTIŞMA	26
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
KAYNAKLAR	33
EKLER.....	39
Ek-1-Anket Formu	39
Ek-2- Eğitim Materyali	42
Ek-3-İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kural Onayı	44
Ek-4-Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni-1	45
Ek-5-Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni-2	46
ÖZGEÇMİŞ	47

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

M.Ö: Milattan Önce

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

GDH: Genel Doğurganlık Hızı

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	16
Tablo 4.1.2. Gebelerin Planladıkları Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı...	17
Tablo 4.2.1. Çalışma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	18
Tablo 4.2.2. Çalışma Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	19
Tablo 4.2.3. Çalışma Grubundaki Gebelerin Mevcut Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 4.2.4. Çalışma Grubundaki Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Daha Önceden Bilgi Alma Durumu ve Bilgiyi Veren Kişilerin Dağılımı.....	20
Tablo 4.2.5. Çalışma Grubundaki Gebelerin Doğumlarına İlişkin İfadelerin Dağılımı ..	21
Tablo 4.2.6. Çalışma Grubundaki Gebelerin Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğumlarıyla İlgili Bilgilerin Dağılımı	22
Tablo 4.2.7. Çalışma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özellikleriyle Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırması	23
Tablo 4.2.8. Kadınların Gebeliğine İlişkin Özellikleriyle Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırması	24
Tablo 4.2.9. Çalışma Grubundaki Gebelerin Doğum Şekli Tercihi İle Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırması	25

1.GİRİŞ

Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranlarını dört kat arttırabilmektedir. Sezaryen doğumun yüksek maternal ölüm, iyileşme, emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajları da vardır (1).

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de, son yıllarda sezaryen oranlarındaki artış dikkat çekicidir (2). Sezaryen oranlarındaki bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması, hasta istemi (3), doktorun malpraktis konusunda endişelenmesi, sezaryen doğumun sağlık kurumu ve doktora ekonomik katkılarının olması, normal doğumun zaman kaybı olarak görülmesi, hemşire-ebe ve doktorların eğitimindeki değişiklikler, antenatal bakım sırasında yetersiz bilgi ve destek verilmesi, annelerin eğitim seviyelerinin yükselmesi, ailelerin ekonomik olarak iyi durumda olmaları, normal doğum korkusu, normal doğum konusunda yanlış inançlar, elektif sezaryenin artması (4) yer almaktadır. Sezaryenin daha sık tercih edilen bir doğum şekli olmasından dolayı, sezaryen endikasyonları, komplikasyonları, anne ve bebeğe, ülkeye getirdiği ekonomik etkilerinin çok iyi bilinmesi ve araştırılması gerekir (5). Sezaryen ile doğum ülke ekonomilerine ciddi ekonomik yük getirmektedir. ABD’de sezaryen operasyonlarının yaklaşık yarısının medikal endikasyonların yanlış konulması sonucu gereksiz yere yapıldığı görülmüştür (6). Bu nedenle tüm dünyada sezaryen ile olan doğumların aşağıya çekilmesine yönelik bir eğilim vardır (7).

Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu iyi olacağına karar verememektedir; bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilir (8). Kadınlar doğum şekline karar verirken arkadaş çevreleri, medya ve sağlık personeli gibi birçok faktörden etkilenebilmekte (9), önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır (10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hemşirelik meslek grubunun “ Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”ne sağladığı büyük katkıya işaret ederek, üye ülkelerin hemşirelik eğitim programlarında “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”ne daha fazla yer vermelerini, bu hizmetleri sağlayan sağlık sistemlerinin gelişiminde rol oynamak üzere, hemşireleri planlama, yönetim, eğitim ve araştırmalarda aktif rol oynamaları yönünde teşvik etmiştir (11).

Genel olarak, ebe-hemşirelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerindeki önemi büyüktür. Yapılan literatür incelemesinde, sezaryen doğumların azaltılmasına yönelik ebe-hemşirelerin eğitimdeki katkısını belirleyen çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, kadınların doğum tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması yararlı olacaktır. Bu araştırma ile sezaryen doğum isteyen ve kararsız olan gebelerin belirlenmesi ve eğitimle birlikte sezaryen doğum oranlarının azaltılması hedeflenmiştir.

Bu araştırmanın amaçları; daha önce doğum yapmamış olan gebelerin doğum şekli tercihini belirlemek ve verilen eğitiminin doğum şekli tercihi üzerindeki etkinliğini değerlendirmektir.

Araştırmanın Hipotezi

- 1- Gebe kadınlara verilen eğitim, kadınların doğum şekli üzerine etki yapar ve sezaryen oranını azaltır.
- 2- Gebe kadınlara verilen eğitim, kadınların doğum şekli üzerine etki yapmaz ve sezaryen oranını azaltmaz.

2. GENEL BİLGİLER

Asırlarca insanoğlu kendi oluşumunun devamlılığını sağlayan doğum olayını dikkatle takip ederek deneme-yanılma ve deneme-öğrenme yöntemi ile edinilen bilgilerini gelecek kuşaklara aktarmıştır (12).

2.1. Vajinal Doğum

Vajinal doğum, 38-42 haftalar arasında kendiliğinden başlayan bir eylemle, tek bir bebeğin uterustan canlı olarak baş geliş şeklinde vajinal yolla doğmasıdır (13).

Doğum eylemi, düzenli gelip giden rahatsız edici-sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine ve genişlemesine yol açtığı fizyolojik bir süreçtir. Serviksin bu incelmesi ve genişlemesi, fetusun uterustan, doğum kanalı yoluyla geçerek doğmasına izin verir (14).

İnsanda gebeliğin son birkaç saati, servisteki dilatasyonu etkileyen ve fetusu doğum kanalının içinde ileriye doğru hareket ettiren uterin kontraksiyonlarla karakterizedir. Bu aşamada çok enerji tüketilir, bu nedenle bu süreci tarif etmek için İngilizce de çalışma, emek ve çaba anlamına gelen *labor* ifadesi kullanılır (15).

Bir doğum eylemine normal diyebilmek için:

1. Gebeliğin miad bir gebelik olması,
2. Eylemin kendiliğinden başlaması,
3. Tek ve canlı bir fetus olması,
4. Baş-pelvis uygunsuzluğunun olmaması,
5. Verteks pozisyonunda,
6. Fetusün ve annenin sağlıklı olması gerekir (14,16).

2.1.1. Eylemin Başlama Belirtileri

Gebeler doğum eylemi başlamadan önce aşağıdaki bulguları yaşarlar (16).

a) Hafifleme: Son haftalarda başın doğum kanalına yerleşmesiyle gebenin nefes alması kolaylaşır, var olan mide ve bağırsak şikayetleri ortadan kaybolur. Baş doğum kanalına yerleştiği için gebe kadında bir rahatlama-hafifleme oluşur (13).

b) Servikal Değişiklik: Gebeliğin başlangıcında sert olan serviks, doğumun başlaması ile birlikte fetüsün geçebileceği kadar açılır ve yumuşar. Serviksin bu yumuşama özelliğine *olgunlaşma* denir (16).

c) Silinme: Servikal kanalın yaklaşık 2 cm'lik bir uzunluktan kısalıp neredeyse kağıt inceliğinde bir dairesel açıklığa dönüşmesidir (15).

d) Dilatasyon (Servikal Açılma): Dilatasyon serviksin silinmesinden sonra başlar. Serviksin etrafındaki kas liflerinin kontraksiyonlarla yana doğru çekilmesi sonucunda gerçekleşir (16,17). Servikal açılma vajinal muayene ile ölçülür ve serviksi geçen parmakların tahmin çapı ile ifade edilir (18).

e) Nişane: Gebelik süresince kapalı olan rahim ağzı müküs ile doludur. Rahim ağzının açılması ile müküslü, kanlı bir sıvının vajinadan gelmeye başlamasına nişane denir (13). Normalde müküs tıkaçı ile birlikte birkaç damla kan sızar; daha fazla kanama olması anormal kabul edilir (15).

f) Membranların Açılması: Membranların spontan açılması çoğu kez doğum eylemi başladıktan sonra olur ve açık veya hafif bulanık, renksiz bir sıvının değişik miktarlarda gelmesiyle fark edilir (19).

Anne adayının sancı olarak algıladığı düzenli uterus kasılmalarının ortaya çıkması ile başlayan sürece “Eylem” veya “Travay” adı verilir (17).

2.1.2. Eylemin Mekanizması

Eylemin mekanizması, prezante olan kısmın pasif hareketlerle doğum kanalından ilerlemesi süreci olarak açıklanabilir. Doğumların %95'inde prezante olan kısım baştır. Baş doğum kanalından ilerlerken aşağıdaki hareketleri yapar (16);

- Yerleşme (Angajman)
- İniş (Descensus)
- Fleksiyon
- İç (İnternal) Rotasyon
- Ekstansiyon
- Dış (Eksternal) Rotasyon
- Atılım (Ekspulsiyon)

Yerleşme (Angajman): Fetal başın en geniş transvers çapının (biparyetal çap) pelvik girime oturmasıdır (20). Primigravidalarda bazen doğum eyleminin başlamasından 1-2 hafta önce angajman tamamlanır (21).

İniş (Descensus): Aslında ayrı bir kardinal hareket değildir. Doğum eyleminin başlangıcından itibaren devam eder. Prezente olan kısmın doğum kanalı içerisinde pelvis çıkımına kadar inmesi ile son bulur (21). Başın inişi dört kuvvetin etkisiyle oluşur. Bunlar amniyotik sıvı basıncı, fundusun, kontraksiyonlarla fetusun makatı üzerine doğrudan basıncı, maternal batin kaslarının ıkmama çabaları, ekstansiyon ve fetal gövdenin düzeltilmesidir (16,19,21-22).

Fleksiyon: Baş doğum kanalında ilerlerken servikste, pelvis duvarında veya tabanında belirli bir dirençle karşılaşır ve bunun sonucunda fetus fleksiyona geçer. Fleksiyonda fetüsün çenesi göğse degecek şekilde öne eğilir (19).

İç (İnternal) Rotasyon: Baş doğum kanalında ilerlerken occiput pelvise girdiği orijinal yeri olan annenin sağ veya solundan yavaşça öne yani simfizis pubise doğru döner. Çok nadiren arkaya sakrum boşluğuna döner. Doğumun normal ilerlemesi için iç rotasyon şarttır (19).

Ekstansiyon: İnternal rotasyon tamamlanıp baş perineye geldiğinde ileri derecede fleksiyon halindedir. Başın perineden sıyrılıp geçmesi için geriye doğru bükülmesi yani ekstansiyona geçmesi gerekir (16,19).

Dış (Eksternal) Rotasyon: Baş pelvis çıkımından çıktıktan sonra bir kez daha rotasyon yapar (21). Eğer doğumun başlangıcında occiput annenin solundaysa doğumdan sonra çocuk yüzü annenin sağ bacağına bakacak şekilde dış rotasyon olur (19).

Atılım (Ekspulsiyon): Başın doğumundan ve dış rotasyon yapmasından sonra gövdeye lateral fleksiyon yaptırılarak önce öndeki omuz simfizis altından ve daha sonra arka omuz sakrum boşluğundan doğar (21).

2.1.3. Doğumun Evreleri

Normal doğum 4 evreye ayrılır. Bunlar;

- Birinci Evre (Açılma-Dilatasyon)
- İkinci Evre (İtilme-Ekspulsiyon)
- Üçüncü Evre (Kurtulma-Halas)
- Dördüncü Evre (Erken Postpartum) (16).

Birinci Evre (Açılma-Dilatasyon): Servikal değişimle birlikte olan düzenli kontraksiyonların başlangıcından tam servikal dilatasyona kadar olan süredir (23). Bu evre latent ve aktif faz olmak üzere ikiye ayrılır (13,22-23);

Latent Faz: Gebenin düzenli kontraksiyonlarının başlaması ile başlar, açılma 3-5 cm olduğunda son bulur (22). En uzun süren fazdır, kontraksiyonlar hafif ve düzensiz olabilir (13). Multigravid hastalarda 14 saati, nulligravid hastalarda 20 saati geçmemesi gerekir (22-23).

Aktif Faz: Servikal açıklık 3-5 cm ve daha fazla olduğunda başlar (22). Kasılmalar daha kuvvetli, daha uzun ve sıktır (13). Primigravidlerde 8-12 saat, multiparlarda 6-8 saat sürer. Uterus kasılmaları yetersizse mekanik işlem ile ya da farmakolojik ajanlar yardımı ile uterus kasılmalarının uyarılması sağlanabilir (21).

İkinci Evre (İtilme-Ekspulsiyon): Serviks tam açıldıktan sonra başlar, bu sürede tipik ıkınma hissi olur (19). Bu evre primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5 ile 30 dakika arasında değişir (16).

Perinenin korunmasını sağlamak amacıyla kullanılan steril bir gaz tampon anüs üzerinden sağ elle bastırılarak fetal başın fleksiyonu desteklenir. Defleksiyon sırasında yanlardan bası yapılarak labiumların aşırı gerilmesi önlenir. Ağrı zaafi varsa arka perinede çene çıkıntıları bulunup öne doğru itilmeye çalışılır. Buna ritgen manevrası denir. Son bir ağrı ve güçlü bir ıkınma ile fetal baş perineden sıyrılarak doğar (14). Baş doğduktan sonra bebeğin ağzı silinir, sonra ön omuzu kurtarmak için baş anüse doğru çekilir. Ön omuz doğduktan sonra baş pubise doğru kaydırılarak arka omuzun kurtulması ve doğması sağlanır. Omuzlar tutulur, gövde pubisin üstüne doğru kaldırılarak doğurtulur. Göbek kordonu klempe edilerek kesilir (17,18). Vajina ve perinede oluşabilecek düzensiz yırtıkları engellemek için önde gelen kısım vulvayı gerdiğinde epizyotomi açılabilir (24).

Üçüncü Evre (Kurtulma-Halas): Bebeğin doğumu ile başlar, plasentanın doğumu ile sonlanır. Plasentanın ayrılıp atılması 5 dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir (16). Plasentanın ayrıldığı dört şekilde anlaşılır;

- Ani vajinal kanama
- Uterusun küre şeklini alması (Küstner Belirtisi)
- Umblikal kordun boyunda uzama (Ahfeld Belirtisi)
- Uterusun fundusunun umblikus hizasında yükselmesi (Schroeder Belirtisi) (16,20-23).

Plasentanın doğumuna Crede Manevrası ile yardım edilir. Fundus avuçlanıp masaj yapılarak kasılma oluşturulur. Orta hatta çekilir ve sıkılarak doğum yoluna itilir. Plasentanın doğumunun ardından zar ve kotiledenların kontrolü yapılmalıdır (14). Normal vajinal doğum sırasında en fazla 500 ml ye kadar kanama olur (21).

Dördüncü Evre (Erken Postpartum): Plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saatlik süreyi içerir (16). Bu evrede doğum sonu atoni kanamaları oldukça önemlidir. Bu

nedenle sık sık uterus muayene edilmeli, kanama kontrol edilmeli ve uterusu masaj yapılmalıdır. Perine iyice gözden geçirilmeli ve mevcut laserasyonlar tamir edilmelidir (19).

2.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen, fetus, plasenta ve membranların abdomen ve uterusu insizyon yapılarak doğurtulmasıdır (19). Bir kadına ilk defa yapılan sezaryen *primer sezaryen* olarak, bunu izleyenler ise *mükerrer sezaryen* olarak adlandırılır. Doğum başlamadan önce veya kesin bir endikasyon olmadan yapılan sezaryene *elektif sezaryen* denir (25).

Başlangıçta sezaryenin amacı maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak iken, zamanla üzerinde konuşularak kazandırılan ve bilimsel temelleri yetersiz sözde avantajlar nedeniyle çok cazip hale gelmiştir (26). Sezaryen prevalansının artışı uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sezaryen doğum oranı %11.8-85.28 arasında değişmektedir (6,27-29). TNSA verilerine göre 1993 yılında %6.9 olan sezaryen oranı 1998 yılında %14.0'e, 2003 yılında %21.2'ye, 2008 yılında ise %36.7'ye yükselmiştir (30). DSÖ 2010 verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen oranları; ABD'de %30.2, İtalya'da %37.4, Brezilya'da %41.3, Meksika'da %36.1, Kore'de %37.7, İsviçre'de %28.9, Almanya'da %27.8'dir (1). Bu sezaryen hızlarının hepsi DSÖ'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefleri kapsamında önerilen %15 oranından yüksektir (31). Bu oranın üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal morbiditenin yükseleceği belirtilmektedir (32). Gelişmiş ülkeler içinde, en düşük sezaryen oranı İsviçre %10, Çekoslovakya ve Hollanda da %14 olarak görülmektedir (5).

2.2.1. Sezaryen Doğumun Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Sezaryen ile doğum; doğumun anne veya bebek açısından güvenli olmadığı, eylemin indüklenemediği, vajinal doğumun belirgin riskler oluşturacağı distosi veya fetal problem varlığı ve acil doğum gerektiren durumlarda endikedir (23).

Sezaryen doğumun anneye ait endikasyonları; daha önce geçirilen sezaryen, uterusu daha önce insizyon yapılan durumlar, aşırı kanama, plasental yetmezlik, uterus disfonksiyonu, pre-eklempi, plasenta previa, ablasyo plasenta gibi durumlar, anne istemi, diabet gibi sistemik hastalıklar, genital herpes ve 35 yaş üzeri primipar olmaktır. Fetüse ait endikasyonlar ise; fetal distres, kordon sarkması, iri bebek, ağır gelişme geriliği, fetal anomali, ikiz gebelik ve prezantasyon-pozisyon bozukluklarıdır (19,21,24-26,33).

Sezaryen doğum için en önemli kontrendikasyon, uygun bir endikasyonun olmamasıdır. Abdominal duvarda enfeksiyon varlığı, anormal fetüs ve ölü fetüs durumlarında sezaryen önerilmez (19).

2.2.2. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları

Sezaryen doğum; maternal veya fetal riskleri olmayan, tehlikesiz bir operasyon değildir. Hastaların %25'inde nedeni açıklanamayan ateş, endometrit, yara enfeksiyonu, hemoraji, aspirasyon, atelektazi, idrar yolları enfeksiyonu, tromboflebit ve pulmoner emboli, anestezi komplikasyonları gibi çeşitli erken maternal komplikasyonlar görülebilir (21,23).

Sezaryen ile doğumun geç maternal komplikasyonları ise; adezyondan kaynaklanan intestinal obstrüksiyon ve sonraki gebeliklerde uterin insizyon ayrılmasıdır. Her bir başarılı sezaryen sonrası plasenta previa ve plasentanın myometriuma anormal invazyon hastalıkları (akreta/inkreata/perkreata) insidansı artar, bu ise tehlikeli kanamalara neden olabilir (23). Sezaryen sonrası anemi riski vajinal doğuma göre daha yüksek, emzirme oranı daha düşük (26) ve hastanede kalış süresi daha uzun olmaktadır (17).

Sezaryen sonrası mortalite 100.000' de 40-80 oranındadır. Sezaryen ile olan doğumlarda maternal mortalite vajinal doğumların en az 2 katı kadardır (34).

2.2.3. Sezaryen Doğumun Artış Nedenleri

Sezaryen doğum oranları, teknolojik alandaki gelişmeler, hekim ve anneye ait nedenler ve bakımla ilişkili nedenlerle artmaktadır.

Teknolojik alandaki gelişmeler; elektronik görüntüleme sistemlerinin (25), cerrahi tekniklerin (9) ve yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesidir (3).

Hekime ait nedenler; doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekimlere açılan yasal soruşturmanın artması (9), normal doğum sorumluluğunun hekim üzerindeki baskısı ve sezaryen doğumun maddi getirisidir (35).

Anneye ait nedenler; annenin istemi (5), gelir seviyesinin (25) ve öğrenim düzeyinin yüksek olması (1), kentsel bölgede yaşamak, doğumunu özel hastanede yapmak (36), ileri yaşlarda çocuk sahibi olmak ve daha az doğum yapmak (5) ve sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğu düşüncesidir (35),

Bakımla ilgili nedenler; gebelere yeterli düzeyde hemşirelik-ebelik bakımı verilememesi (8) ve antenatal dönemde bilgilendirmenin azlığı veya yetersizliğidir (26).

2.2.4. Sezaryen Doğum Oranları Nasıl Azaltılır?

Günümüzde sezaryen oranlarını azaltmak için tüm dünyada önemli çalışmalar yapılmaktadır. Sezaryen oranlarındaki artışın en önemli sebeplerinden birisinin bilgilendirmenin azlığı veya yetersizliği olduğu bilinerek, gebeliğin başlangıcından itibaren sağlık personeli tarafından tüm doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları açık seçik anlatılmalıdır (26).

Ülkemizde sezaryen oranlarının sağlıklı bir şekilde azaltılabilmesi için, uluslararası ebe-hemşirelik uygulamalarının ülkemizde de işlerlik kazanması gerekmektedir. Ebe-hemşirelerin mesleğin doğasına uygun sorumluluklarını yeniden benimsemesi, normal doğumlarda etkinliğini koruması ve arttırması, ebe-hemşirelik aktivitelerinin önemini gösteren bilimsel çalışmalar ortaya koyması gerekmektedir (35). Normal doğum sürecine ağırlık verilerek sezaryen oranlarını azaltmak ve gereksiz girişimleri önlemek amacıyla hemşire/ebeler ülkelerinin doğum politikalarında önemli rol üstlenebilirler. Gebelik süresince kaliteli bir hemşire/ebelik bakımı alan kadınların, antenatal dönemde daha az hastaneye yattığı, travay indiksiyonuna daha az ihtiyaç duyduğu, spontan doğum oranlarında artma ve ayrıca sezaryen oranlarında azalma olduğu belirtilmektedir (8). Artmış sezaryen oranlarının

azaltılması için, gebelerin bilgilendirilerek vajinal doğuma yönlendirilmeleri ve hekimlerin vajinal doğum açısından teşvik edilmeleri gerekmektedir (37).

Sezaryen oranlarının artmasında rolü olan bir faktör de elektronik fetal monitorizasyonun yaygın kullanılmasıdır (38). Sezaryen oranlarının düşürülmesi için sezaryen endikasyonları ile ilgili protokollerin duyurulduğu bir doküman hazırlanabilir (39).

2.2.5. Sağlık Eğitiminin Etkisi

DSÖ sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlar (40). Rogers sağlığı, tam sağlıklı olma halinden sağlığın tamamen kaybolduğu ölüme kadar sıralanan bir spektrum olarak görür ve sağlığın bu iki uç arasında derecelendirildiğini kabul eder (41).

Gerek hastalık ve sakatlıklardan korunması; gerekse bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin sağlanması konularında insanlığın ve bilimin belirlediği davranışların ve yeterliliklerin bireylere kazandırılarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedefi “sağlık eğitimi” ortaya çıkarmıştır. DSÖ’ye göre sağlık eğitimi; bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulamak; sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak; sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek; ortak karara vardırırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen davranış kazandırma sürecidir (40).

Hemşireler eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile gereksiz yapılan sezaryen doğumların önlenmesine katkıda bulunarak kadın sağlığının yükseltilmesinde önemli rol üstlenebilirler (9). Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire/ebeler kadınlara gebeliğinin ilk aylarından itibaren doğru ve düzenli bir sağlık eğitimi vererek, kadın sağlığına önemli katkılarda bulunabilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve tek grup son test deneme öncesi modeli olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Mücelli, Çöşnük, Sıtmapınarı, Çavuşoğlu, Hasan Dernek, Özalper, Adafi-1 ve 2 nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) daha önce doğum yapmamış gebeler üzerinde yürütüldü. Araştırma 14 Eylül 2011-11 Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; Malatya ilinde Mücelli, Çöşnük, Sıtmapınarı, Çavuşoğlu, Hasan Dernek, Özalper, Adafi-1 ve 2 nolu ASM'lere kayıtlı, daha önce hiç doğum yapmamış ve gebeliğinin 7. ayı ve üzerinde olan 200 gebenin taranması sonucu sezaryen doğum isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olarak belirlenen 58 gebe oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alındığı için herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

Araştırmaya; ruhsal hastalık tanısı olmayan ve iletişim kurabilen gebeler dahil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Anket Formu kullanıldı.

Anket Formu (Ek 1); Konu ile ilgili literatürler doğrultusunda (42-43) hazırlanan bu form; yaş, eğitim, meslek, aylık gelir durumu, evlilik yaşı ve yılı gibi sosyo-demografik özellikleri, gebeliğinin nerde ve kim tarafından takip edildiği, gebeliğin planlı olup olmadığı, ne şekilde doğum yapmak istediği, nedeni, doğumunu nerde yapmayı düşündüğü, doğum şekliyle ilgili daha önce bilgi alıp almadığı, gerçekleşen

doğum şekli ve doğumun nerde gerçekleştiği ile ilgili obstetrik özellikli sorulardan oluşmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler Anket Formu (Ek 1) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile gebelerin evlerinde araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmaya alım kriterlerine uygun gebelerin belirlenmesinde ASM kayıtları esas alındı. ASM kayıtlarından tesbit edilen gebelerin adres ve telefon bilgileri Ebe/Hemşirelerden elde edildi. ASM çalışanı Ebe/Hemşirelerden destek alınarak gebelere çalışma hakkında bilgi verildi ve çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda ev ziyareti yapılacağı bildirildi. Aşamanın verileri 14 Eylül 2011-05 Ocak 2012 tarihleri arasında yüz yüze gebelerin evlerinde görüşülerek ve tahmini doğum tarihleri belirlenmiş olan gebelere doğum sonrası telefonla ulaşılarak dolduruldu. Verilerin toplanması 11 Mayıs 2012 tarihinde tamamlandı.

Hemşirelik Girişimi

Gebeler evlerinde ziyaret edildi. Sezaryen doğum isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olan tüm gebelere Eğitim Materyali (Ek 2) kullanılarak soru cevap tekniği ile 15 dakika süren eğitim araştırmacı tarafından verildi. Eğitimden sonra gebelere Eğitim Materyali verildi. Eğitim materyalinde; vajinal doğum ve sezaryen doğumun tanımı, normal doğumun anneye ve bebeğe faydaları ve sezaryen doğumun riskleri yer almaktadır (19,18,44-46).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken; Gerçekleşen doğum şeklidir.

Bağımsız Değişken; Gebelere verilen eğitimidir.

3.7. İstatistiksel Analizler

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package of Sosial Science (SPSS) 16.0 programı ile yapıldı. Elde edilen verilerin

değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yüzde, çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için ise Fisher Exact testi kullanıldı.

Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < .05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (Ek 3) ve Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin (Ek 4-5) alındı. Bu çalışmada gönüllü katılım ilkesi temel alınarak, veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklandı ve bireylerden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Malatya iline bağlı 8 ASM'de gerçekleştirilmiş olup diğer illere genellenemez. Bir kontrol grubunun ve ön testinin olmaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Gebeliğinin 7. ayı ve üzerinde olan primipar kadınların doğum şeklini belirlemek ve sezaryen doğum yapmak isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olan kadınlara verilecek sağlık eğitiminin, kadınların doğum şekli tercihleri üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları iki bölüm halinde sunulmuştur.

I. BİRİNCİ AŞAMA

1. Tanımlayıcı gruptaki gebelerin özellikleri ile ilgili bulgular sunulmuştur.

II. İKİNCİ AŞAMA

2. Çalışma grubundaki gebelerin özellikleri ile gerçekleşen doğum şeklini gösteren bulgular sunulmuştur.

I.BİRİNCİ AŞAMA

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı ve planladıkları doğum şekline ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş Grubu		
20 yaş ve altı	20	10.0
21-30 yaş	156	78.0
31 yaş ve üstü	24	12.0
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	68	34.0
Lise ve üstü	132	66.0
Eşin Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	57	28.5
Lise ve üstü	143	71.5
Meslek		
Çalışıyor	47	23.5
Çalışmıyor	153	76.5
Eşin Mesleği		
Çalışıyor	196	98.0
Çalışmıyor	4	2.0
Aylık Gelir Durumu		
Düşük	38	19.0
Orta ve üzeri	162	81.0
Toplam	200	100.0

Araştırmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğu yirmili yaşlarda bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin eğitim düzeyleri ile eşlerinin eğitim düzeylerinin

benzer olduğu, kadınların %76.5'inin çalışmadığı, eşlerinin %98.0'inin çalıştığı, %81'inin orta ve üzeri gelir seviyesinde olduğu belirlendi (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Gebelerin Planladıkları Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

Planlanan Doğuma İlişkin Özellikler	S	%
Planlanan Doğum Şekli (S=200)		
Sezaryen Doğum	44	22.0
Vajinal Doğum	142	71.0
Kararsız	14	7.0
Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri (S=44)		
Doğumdan/ doğum ağrısından korkmak	15	34.1
Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünmek/ Kıymetli bebek olması	9	20.4
Sağlık problemimin olması	18	40.9
Vajinal doğumdaki pozisyon ve muayenelerden rahatsız olmak	1	2.3
Doğum yapacağım tarihi önceden bilmek istem	1	2.3
Vajinal Doğum Tercih Nedenleri (S=142)		
Doğum sonunda çabuk iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek	31	21.9
Daha sağlıklı ve iyi olması	105	73.9
Doktorumun/ ebe-hemşiremin önerisi	2	1.4
Diğer (Sezaryenden / ameliyattan korkmak, doğum deneyimini yaşamak istemek, üçten fazla çocuk istemek)	4	2.8

Gebelerin planladıkları doğum şekli tercihleri incelendiğinde %71.0'i normal doğum, %22.0'si sezaryen doğum istediğini ve %7.0'si doğum şekli konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %40.9'u sağlık problemi olduğu, %34.1'i doğumdan ve doğum ağrısından korktuğu için sezaryen doğum istediğini belirtirken; %73.9'u daha sağlıklı ve iyi olduğu, %21.9'u doğum sonunda daha çabuk iyileşmek

ve eve daha çabuk dönmek istediği için normal doğum istediğini belirtmiştir (Tablo 4.1.2)

II. İKİNCİ AŞAMA

Bu bölümde çalışma grubundaki gebelerin tanıtıcı özellikleri, gebeliklerine ilişkin özellikleri ve gerçekleşen doğum şekli ile ilgili özelliklerini gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Çalışma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş Grubu		
30 yaş ve altı	45	77.6
31 yaş ve üstü	13	22.4
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	17	29.3
Lise ve üstü	41	70.7
Eşin Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	16	27.6
Lise ve üstü	42	72.4
Meslek		
Çalışıyor	19	32.8
Çalışmıyor	39	67.2
Eşin Mesleği		
Çalışıyor	56	96.6
Çalışmıyor	2	3.4
Aylık Gelir Durumu		
Düşük	11	19.0
Orta ve üstü	47	81.0
Toplam	58	100.0

Araştırmaya katılan gebelerin %77.6'sı otuz yaş ve altında bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin %70.7'si lise ve üstü eğitim düzeyinde, eşlerinin ise %72.4'ü lise ve üstü eğitim düzeyinde bulundu. Kadınların %67.2'sinin çalışmadığı, eşlerinin %96.6'sının çalıştığı ve %81'inin orta ve üstü gelir seviyesine sahip belirlendi (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Çalışma Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler	S	%
Gebelik Sayısı		
1 gebelik	49	84.5
2 ve üstü	9	15.5
Düşük Sayısı		
Yok	50	86.2
1 ve üstü	8	13.8
Kürtaj Sayısı		
Yok	55	94.8
1 ve üstü	3	5.2
Toplam	58	100.0

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %84.5'inin ilk gebeliği olduğu, %13.8'inin en az bir düşük yaptığı ve %5.2'sinin en az bir kez kürtaj olduğu saptandı (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Çalışma Grubundaki Gebelerin Mevcut Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Gebeliğe İlişkin Özellikler	S	%
Gebe İzlem Yeri		
Kamu Hastanesi	9	15.5
Özel Hastane	49	84.5
Gebeliği İzleyen		
Ebe-Hemşire	0	0.0
Doktor	58	100.0
Toplam	58	100.0

Kadınların %84.5'inin gebeliğinin özel hastanede ve tamamının doktor tarafından takip edildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Çalışma Grubundaki Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Daha Önceden Bilgi Alma Durumu ve Bilgiyi Veren Kişilerin Dağılımı

Özellikler	S	%
Bilgi Alma Durumu(S=58)		
Evet	46	79.3
Hayır	12	20.7
Bilgiyi Veren Kişi (S=46)		
Sağlık Personeli	26	56.5
Aile ve diğer	20	43.5

Gebelerin %79.3'ü doğum şekli konusunda bilgi aldığını; %56.5'i bu bilgiyi sağlık personelinden ve %43.5'i ise aile ve diğer kaynaklardan aldığını belirtmiştir (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Çalışma Grubundaki Gebelerin Doğumlarına İlişkin İfadelerin Dağılımı

Doğuma İlişkin Özellikler	S	%
Doğum Şekli Tercihi (S=58)		
Sezaryen	44	75.9
Kararsız	14	24.1
Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri (S=44)		
Doğumdan/ doğum ağrısından korkmak	15	34.1
Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünmek/ Kıymetli bebek olması	9	20.4
Sağlık problemimin olması	18	40.9
Vajinal doğumdaki pozisyon ve muayenelerden rahatsız olmak	1	2.3
Doğum yapacağım tarihi önceden bilmek istem	1	2.3

Gebelerin %75.9'u sezaryen doğum istediğini, %24.1'i ise doğum şekli konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %40.9'u sağlık problemi olduğu, %34.1'i doğumdan ve doğum ağrısından korktuğu için sezaryen doğum istemektedir (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. Çalışma Grubundaki Gebelerin Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğumlarıyla İlgili Bilgilerin Dağılımı

Özellikler	S	%
Gerçekleşen Doğum Şekli		
Normal Doğum	4	6.9
Sezaryen Doğum	54	93.1
Doğumun Yapıldığı Yer		
Kamu Hastanesi	15	25.9
Özel hastane	43	74.1
Sezaryen Doğuma Karar Veren Kişi		
Kendisi	12	22.2
Takip Eden Hekim	42	77.8
Toplam	58	100.0

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim sonrasında gerçekleşen doğum şekilleri incelendiğinde %93.1'inin sezaryen doğum, %6.9'unun normal doğum yaptığı saptanmıştır. Gebelerin %74.1'i doğumunu özel hastanede yapmış ve %22.2'si sezaryen doğumu kendisi istemiştir (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Çalışma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırması (S=58)

Tanıtıcı Özellikler	Gerçekleşen Doğum Şekli						Anlamlılık
	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Yaş Grubu							
30 yaş ve altı	4	8.9	41	91.1	45	100.0	p=.565*
31 yaş ve üstü	0	0.0	13	100.0	13	100.0	
Eğitim Durumu							
İlköğretim ve altı	3	17.6	14	82.4	17	100.0	p=.071*
Lise ve üstü	1	2.4	40	97.6	41	100.0	
Eşin Eğitim Durumu							
İlköğretim ve altı	3	18.8	13	81.2	16	100.0	p=.060*
Lise ve üstü	1	2.4	41	97.6	42	100.0	
Meslek							
Çalışıyor	0	0.0	19	100.0	19	100.0	p=.292*
Çalışmıyor	4	10.3	35	89.7	39	100.0	
Eşin Mesleği							
Çalışıyor	2	3.6	54	96.4	56	100.0	p=.004*
Çalışmıyor	2	100.0	0	0.0	2	100.0	
Aylık Gelir Durumu							
Düşük	0	0.0	11	100.0	11	100.0	p=1*
Orta ve üstü	4	8.5	43	91.5	47	100.0	

(* Fisher Exact Test)

Gerçekleşen doğum şekli ile tanıtıcı özellikler karşılaştırıldığında; kadının yaşı, eğitimi ve eşin eğitimi, kadının çalışması ve aylık gelir durumu ile gerçekleşen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Eşinin çalışması ile gerçekleşen doğum şekli arasında sezaryen doğum lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.004$) (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.8. Kadınların Gebeliğine İlişkin Özellikleriyle Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırması (S=58)

Gebeliğine İlişkin Özellikler	Gerçekleşen Doğum Şekli						Anlamlılık
	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Gebelik Takip Yeri							
Kamu Hastanesi	4	44.4	5	55.6	9	100.0	p=.000*
Özel Hastane	0	0.0	49	100.0	49	100.0	
Doğumun Gerçekleştiği Yer							
Kamu Hastanesi	4	26.7	11	73.3	15	100.0	p=.003*
Özel Hastane	0	0.0	43	100.0	43	100.0	

(* Fisher Exact Test)

Gebeliğin takip edildiği yer ve doğumun gerçekleştiği yer ile gerçekleşen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.0001$, $p=.003$). Gebeliğini kamu hastanesinde ve özel hastanede takip ettiren kadınlarda sezaryen doğumun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özel hastanede doğum yapanların hepsi sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9. Çalışma Grubundaki Gebelerin Doğum Şekli Tercihi İle Eğitim Sonrası Gerçekleşen Doğum Şeklinin Karşılaştırması (S=58)

Özellik	Gerçekleşen Doğum Şekli						Anlamlılık
	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Planlanan Doğum Şekli							
Sezaryen	1	2.3	43	97.7	44	100.0	p=.040*
Kararsız	3	21.4	11	78.6	14	100.0	

(* FisherExact Test)

Tablo 4.2.9 'da çalışma grubundaki gebelerin doğum şekli tercihi ile eğitim sonrası gerçekleşen doğum şeklinin karşılaştırması gösterildi. Planlanan doğum şekli tercihi ile eğitim sonrası gerçekleşen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=.040). Farkın sezaryen planlayan gruptan değil doğum şekli konusunda kararsız olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Günümüzde dünyada ve Türkiye’de sezaryen oranları giderek artmaktadır. Gebeliğinin 7. ayı ve üzerinde olan primipar kadınların doğum şeklini belirlemek ve sezaryen doğum yapmak isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olan kadınlara verilecek sağlık eğitiminin, kadınların doğum şekli tercihleri üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları iki bölüm halinde tartışılmıştır.

I. Bölümde; Tanımlayıcı gruptaki gebelerin özellikleri ile ilgili bulgular tartışıldı

II. Bölümde; Deney grubundaki gebelerin özellikleri ile gerçekleşen doğum şeklini gösteren bulgular tartışıldı.

I. Tanımlayıcı Gruptaki Gebelerin Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Doğum şeklinin belirlenmesinde araştırma kapsamına alınan 200 gebenin %78.0’i 21-30 yaş grubunda, %66.0’sı lise ve üzerinde eğitim almış, %76.5’i çalışmıyor, %81.0’i orta ve üzeri gelir düzeyine sahipti (Tablo 4.1.1).

Çalışmamızda; gebelerin planladıkları doğum şekli %71.0 vajinal doğum, %22.0 sezaryen doğum ve %7.0 kararsız olarak belirlendi (Tablo 4.1.2). Vatansever ve Okumuş’un (2013) çalışmasında ise kadınların %77.3’ünün vajinal doğum, %13.8’inin sezaryen doğum istediği, %8.8’inin ise kararsız olduğu bulunmuştur (47). Gözükara ve Eroğlu (2008) yaptıkları çalışmada vajinal doğum isteme oranını bizim çalışmamızdan daha yüksek (%86.2) bulurken, sezaryen doğum isteme oranını daha düşük (%12.9) bulmuştur (9).

Gebelerin sezaryen doğum isteme nedenleri incelendiğinde ilk üç sırada %40.9 ile sağlık probleminin olması, %34.1 ile doğumdan/doğum ağrısından korkmak ve %20.4 ile bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünmek yer almaktadır (Tablo 4.1.2). Literatürde çalışmamıza benzer olarak kadınların sezaryen doğum isteme nedenleri farklılık göstermezken nedenlerin sıralaması değişmektedir (4,9). Çalışmamızda her beş kadından ikisinin sağlık problemi nedeniyle sezaryen doğum yapmayı planladığı

saptanmıştır. Bu oldukça yüksek bir orandır. Bu nedenle kadınların sağlık durumlarının daha dikkatli değerlendirilmesi ve sezaryen doğum için gerçek endikasyon oluşturup oluşturmadığının incelenmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda gebelerin normal doğum isteme nedenlerinin ilk iki sırasında normal doğumun daha sağlıklı ve iyi olması (%73.9), doğum sonunda daha çabuk iyileşmek ve eve dönmeyi istemek (%21.9) yer almaktadır (Tablo 4.1.2). Literatürde de kadınların normal doğum isteme nedenleri sıralamalarında küçük farklılıklar olmasına rağmen çalışmamızla benzerlik göstermektedir (9-10). Vajinal doğum, doğum sonu dönemde iyileşmenin daha hızlı olması, bebekle iletişimin daha çabuk kurulması ve kültürel nedenlere bağlı olarak tercih edilmektedir (1).

II. Çalışma grubundaki gebelerin özellikleri ile eğitim sonrası gerçekleşen doğum şeklini gösteren bulguların tartışılması

Araştırmamızın çalışma grubuna alınan 58 gebenin %77.6'sının otuz yaş ve altı, %70.7'sinin lise ve üstü eğitim seviyesinde olduğu, %67.2'sinin çalışmadığı ve %81.0'inin orta ve üstü gelir seviyesinde olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.1).

Çalışma grubundaki gebelerin büyük çoğunluğunun ilk gebeliği olduğu, düşük ve kürtajlarının az olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.2). Bu durum örneklemimizin genç ve primipar gebelerden oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışma grubuna alınan gebelerin %84.5'inin gebeliğinin özel hastanede ve tamamının gebeliğinin doktor tarafından takip edildiği belirlendi (Tablo 4.2.3). Yaşar ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada gebeliği özel hastanede ve özel muayenehanelerde takip edilen kadınların oranını %54.3, Vatasever ve Okumuş (2013) ise %26.9 olarak bulmuşlardır (36,47). Çalışmamızla benzer şekilde Yaşar ve arkadaşları (2007) gebelerin büyük çoğunluğunun (%89.7) doktor tarafından takip edildiğini bulmuştur (36).

Çalışma grubundaki gebelerin %79.3'ü doğum şekli konusunda önceden bilgi aldığını ve yarısından fazlası (%56.5) bu bilgiyi sağlık personelinden aldığını belirtmiştir (Tablo 4.2.4). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Karabulutlu (2012) yaptığı çalışmada bilgi alan kadınların oranını %88.6 ve sağlık personelinden bilgi

alma oranını %70,7 olarak bulmuştur (10). Ceylantekin (2006) ise yaptığı çalışmada bilgi alanların oranını %30.2 olarak bulmuş, bilgi kaynaklarının ise %44.9 arkadaş ve daha önce doğum yapanlar, %26.6 doktorlar olduğunu tespit etmiştir (48). Sayiner ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada sezaryen tercih eden gebelerin %79.0'unun sağlık personelinin bilgi aldığını tespit etmiştir (8). Bu bulgular doğrultusunda doktor, hemşire ve ebelerin sezaryen doğum konusundaki tutumlarını değiştirmesi, normal doğuma teşvik eden yönlendirme ve bilgilendirme yapması ve bu bilgilendirmenin devamlılığı önerilebilir.

Çalışma grubuna alınan gebelerin %75.9'u sezaryen doğum yapmak isterken, %24.1'i doğum şekli konusunda kararsızdı (Tablo 4.2.5). Çalışmamızla benzer şekilde Karabulutlu (2012) çalışmasında sezaryen doğum yapmak isteyenlerin oranını %78.8 bulmuştur (10). Çalışmamızdan farklı olarak Vatanser ve Okumuş (2013), Gözükara ve Eroğlu (2008) sezaryen doğum isteme oranını daha düşük bulmuşlardır (sırasıyla %13.8, %12.9) (47,9). Sezaryen doğum yapmak isteyen grubun özellikle ele alınması, gerçek sezaryen tercih nedenlerinin sorgulanması ve bu gruba yönelik eğitimlerin planlanması ve verilmesi önerilmektedir.

Çalışma grubundaki gebelerin %93.1'inin sezaryen doğum yaptığı ve dörtte üçüne yakın kısmının doğumunu özel hastanede yaptığı belirlendi (Tablo 4.2.6). Çalışmamızda bulunan sezaryen doğum oranı hem DSÖ önerdiği (%15) hem de TNSA 2008 verilerine göre elde edilen (%36.7) sonuçlardan daha yüksek bulunmuştur (30,31). Çalışma bulgularımızı destekleyen araştırma sonuçları (%60.9-67.3) olduğu kadar (4,36,49), sonuçlarımızdan farklı olarak sezaryen oranını daha yüksek (10), ya da daha düşük bulan çalışmalar da mevcuttur (9,50). Sezaryen doğum oranlarını azaltmak için; sezaryen doğumlardaki artışın gerçek nedenlerinin araştırılması, nedene yönelik eğitim ve çalışmaların yapılması, destekleyici sağlık politikalarının geliştirilmesi, ebe-hemşirelerin gebe takibinde aktif rol almaları, kadınları doğum şekli konusunda bilgilendirmeleri ve vajinal doğum yapmaları konusunda kadınları gebelikleri süresince desteklemeleri önerilebilir. Gebelerin büyük çoğunluğunun doğumunu özel hastanede yapmasının nedeni, kadınların sezaryen doğum yapma isteklerinin özel hastanede daha kolay gerçekleşmesinden kaynaklanmaktadır.

Çalışma grubundaki gebelerin %22.2 oranında sezaryen doğuma kendisinin karar verdiği belirlendi (Tablo 4.2.6). Dünyada tüm sezaryen ile doğumların %4-18'inin kadının isteği nedeni ile olduğu tahmin edilmektedir (23). Literatürde kendi isteği ile sezaryen oranı %6.8-%28.3 arasında bulunmuştur (3,10,36,51). Kadının kendi isteği ile sezaryen doğum yapma oranı çalışmalarda farklılık göstermekle birlikte bu oranlar çok yüksektir. Özkan ve arkadaşlarının (2013) belirttiğine göre kadınların sezaryen doğumu tercih etmesinde doktorlar çok büyük bir role sahip ve kadınlar sezaryen kararı verirken doktorların bilgisinden etkilenmektedir (52). Kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yapılan bir çalışmada anne isteminin aslında önemli bir oranda hekim yönlendirmesi olduğu saptanmıştır (53). Literatürde gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi, doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, psikolojik desteğin göz ardı edilmesi ve epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmaması kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenler arasında bulunmuştur (1).

Çalışma grubunda eşi çalışan kadınlarda sezaryen doğum oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.7). Çalışmamızı destekler nitelikte sosyo-ekonomik açıdan az gelişmiş bir ilin devlet hastanesinde yapılan araştırmada da sezaryen oranı düşük bulunmuştur (54). Eşinin çalışması kişinin sosyo-ekonomik düzeyini yükseltmektedir. Eşi çalışanlarda sezaryen doğumların yüksek olması, kişinin sosyo-ekonomik özgürlükle birlikte kendisi ve bebeği için daha iyi olduğuna inandığı doğum şeklini tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda yaşın, eğitimin, eş eğitiminin, kadının çalışmasının ve aylık gelir durumunun gerçekleşen doğum şekli üzerinde etkili olmadığı tespit edildi (Tablo 4.2.7). Çalışmamızla benzer olarak eğitimin (9,55), gelir durumunun (10) ve kadının çalışmasının (8-10) doğum şekli üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığını bulan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızdan farklı olarak yaşın (8-10,47,55), eğitimin (8,10,47,56) ve gelir durumunun (8,57) doğum şekli üzerinde etkili olduğunu bulan çalışmalar da mevcuttur. DSÖ verilerine bakıldığında gelir düzeyi arttıkça sezaryen oranları da artmaktadır (53). Tanıtıcı özelliklerin sezaryen doğum oranlarını etkilememesinin nedeni sezaryen doğumun tanıtımının iyi yapılması ve kadınların

sezaryeni daha güvenli ve sağlıklı bir doğum şekli olarak algılamasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda gerçekleşen doğum şekli ile gebeliğin takip edildiği yer ve doğumun gerçekleştiği yer arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.2.8). Çalışmamızdan farklı olarak gebeliğin takip edildiği yerin doğum şekli üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığını tespit eden çalışmalar mevcuttur (36). Çalışmamızla benzer şekilde literatürde özel hastanelerde doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum oranları daha yüksek bulunmuştur (7,47,49,58,56). Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı sağlık istatistiklerinde sezaryen doğum oranlarının devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64 ve üniversite hastanelerinde %65 olarak değiştiği belirtilmektedir (9). Özel hastanelerde sezaryen doğum oranının yüksek olmasının nedeni, sezaryen doğum isteyen kadınların özel hastaneleri tercih etmesi, özel hastanelerin sezaryen doğumu özendirilmesi, normal doğumun daha uzun sürede gerçekleşmesi ve hekimlerin gebeyi bu süreçte takip edememelerinden kaynaklanmaktadır.

Çalışmamız hipotez 2'yi destekler nitelikte bulunmuştur. Çalışmamızda sezaryen doğum yapmak isteyen veya kararsız olan kadınlara verdiğimiz eğitim, kadınların doğum şekli tercihi üzerinde etkili olmamış ve sezaryen oranını azaltmamıştır. (Tablo 4.2.9). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin iyi uygulandığı gelişmiş ülkelerde sezaryen oranları düşüktür. Dokuz araştırmanın meta analizinin yapıldığı bir çalışmada, araştırmaların çoğunda normal doğum isteyen gebelerin ebe/hemşire tarafından kaliteli ve nitelikli bir doğum öncesi danışmalık hizmeti aldığı saptanmıştır (53). Çalışmamızla benzer olarak Cochrane Collaboration'da gebelik, doğum ve doğum sonuna özgü araştırmalarda vajinal doğumu destekleyen bireysel antenatal eğitimlerin sezaryen oranını azaltmadığı bulunmuştur (59). Önceden var olan şartlanmalar ve korkuları gidermede gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki eğitim programlarının önemi tartışmasızdır (39). Bu programlar ise büyük oranda eğitim, destek ve danışmalık hizmetlerini içermektedir (1). Bulgularımız ışığında bireysel eğitimlerin kadınların doğum şekli tercihinin etkilemediği; bu nedenle normal doğum oranlarını arttırmak için 1.basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe-hemşirelerin öncelikle bu konuda farkındalığının artırılması, kadınlara eğitim verilmesi ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önerilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Daha önce doğum yapmamış olan gebelerin doğum şekli tercihini belirlemek ve sezaryen doğum isteyen veya doğum şekli konusunda kararsız olan kadınlara verilen sağlık eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin beşte dördünden fazlasının gebeliğini özel hastanede takip ettirdiği ve yaklaşık dörtte üçü doğumunu özel hastanede yaptığı saptanmıştır.
- Kadınların yaklaşık beşte dördü doğum şekli konusunda bilgi aldığını belirtmiş; yarısından fazlası bu bilgiyi sağlık personelinden almıştır.
- Gebelerin %93.1'i sezaryen doğum yapmıştı ve %22.2'si sezaryen doğuma kendisinin karar verdiğini belirtmişti.
- Gebelerin %40.9'u sağlık problemi olduğu,%34.1'i doğumdan ve doğum ağrısından korktuğu, %20.4'i bebek için daha sağlıklı olduğu için sezaryen doğum istediğini belirtmiştir.
- Gebeliğin özel hastanede takip edilmesi ve doğumun özel hastanede gerçekleşmesi sezaryen doğumla ilişkili bulunmuştur.
- Gebelere verilen eğitimin sezaryen doğumların azaltılmasında etkili olmadığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan ebe-hemşirelerin gebe eğitiminde etkin hale gelmesi, vajinal doğumun yararlarına yönelik eğitim vermesi, eğitimin srekliğinin sağlanması ve eğitim sonuçlarının değerlendirilmesini;
- Özel hastanedeki sezaryen doğumlar daha fazladır; bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın kurum denetimlerini arttırması, özel hastanelerin sezaryen doğum konusundaki tutumlarını değerıstirmesi ve bu konuda çalışmaların yapılmasını önerebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Gözükara, F., Eroğlu, K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 89-100.
2. Sayiner, F.D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3),143-148.
3. Sıkar, D. (2007). Hastanemiz Antenatal Polikliniğine Başvuran Eski Sezaryenli Gebelerin Demografik Özellikleri ve İlk Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
4. Duran, E.T., Atan, Ş.Ü. (2011). Kadınların Sezaryen/Vajinal Doğuma İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi. Genel Tıp Dergisi, 21(3),83-88.
5. Tekirdağ, A.İ., Cebeci, R. (2010). Eğitim Hastanesinde Sezaryen Oranları. JOPP Derg, 2 (1), 21-26.
6. Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Sarıkan, İ., Bayhan, G., Mungan, T. (2006). Kliniğimizde 2002-2005 Yılları Arasında Sezaryen Oranı Ve Endikasyonları. 3 (4), 249-254.
7. Konakçı, S.K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen İle Doğumlar Artıyor. sted, 11 (8) 286-288.
8. Sayiner, F.D., Özerdoğan N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A. (2009). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Perinatoloji Dergisi, 17 (3), 104-112.
9. Gözükara, F., Eroğlu, K. (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 32-46.
10. Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 20 (3), 210-218.

11. Herdman, E.A. (2008). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşireliğin Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5 (1), 2-5.
12. Kömürcü, N., Ergin, A.B. (2008). Doğum ve Doğumun Tarihçesi. A.B. Ergin (Haz.). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi* (s.1-14). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık
13. Toker, H. (2006). *Gebelik, Doğum ve Bebek Bakımı* (1.bs.). İstanbul: Dharma Yayınları.
14. Şirin, A., Kavlak, O. (2008). Doğum Eylemi. B.K.Saydam (Haz.). *Kadın Sağlığı* (s.646-662). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
15. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Levano, K.J., Gilstrap, L.C., Haunt, J.C., Wenstrom, K.D. (2005). *Williams Doğum Bilgisi* (A.C.Akman, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
16. Taşkın, L. (2009). Doğum Eylemi. G. Vural (Haz.). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (s.275-306). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
17. Duman, Z (2006). *Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen İle İlgili Düşünceleri*. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
18. Miller, A.W.F., Hanretty, K.P. (2003). *Resimli Doğum Bilgisi* (S.Güenalp, Çev.) Ankara: Güneş Kitabevi.
19. Ayhan, A., Durukan, T., Güenalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L.S., Yaralı, H., Yüce, K. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (2.bs.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
20. Güenalp, S., Tuncer, S. (2004). *Normal Doğum*. S.Güenalp (Haz.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*. Ankara: Pelikan Yayınları.
21. Çiçek, M.N., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2006). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Kitabevi.
22. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, C.Y. (2010). *Williams Obstetrik* (Y.Ceylan, G.Yıldırım, A.Gedikbaşı, H.Aslan, A.Gül, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. (23.Edition).

23. Gibbs, R.S., Karlan, B.Y., Haney, A.F., Nygaard, I.E. (2010). Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji (A.Ayhan, Çev.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
24. Al-Azzawi, F. (2007). Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası (H.Işıkoğlu, E.Aktaş, Çev.). İstanbul: Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama. (1990).
25. Günalp, S., Tuncer, S. (2004). Operatif Doğum ve Malprezantasyonlar. N.Sağsöz (Haz.). Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara: Pelikan Yayınları.
26. Güner, H. (2005). Jinekoloji ve Obstetrikal Cerrahi. Güneş Kitabevi.
27. Yumru, E., Davas, İ., Baksu, B., Altıntaş, A., Altın, A., Mert, M. (2000). 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonu ve Oranları. Perinatoloji Dergisi, 8 (3), 94-98.
28. Mayda, A.S., Ecehan, T., Altın, S., Arıcan, M., Uzunoğlu, M.Y. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Yapılan Doğumların İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5 (6), 408-415.
29. Çağlayan, E.K., Kara, M., Gürel, Y.C. (2010). Kliniğimizde üç Yıllık Sezeryan Oranı ve Endikasyonları. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 27, 50-53.
30. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.(Aralık 2009). TNSA 2008'in Sonuçları: Bölge Toplantısı-4. Erişim: 16.04.2011, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf
31. Hopkins, K., Amaral, E. (2006). The Role of Nonclinical Factors in Cesarean Section Rates in Brazil. Erişim: 27.05.2011, Population Research Center, University of Texas at Austin:[<http://paa2005.princeton.edu/papers/50741>]
32. Coalition for Improving Maternity Services. (February 2010). The risk of caserean section. Erişim: 27.05.2011, <http://www.motherfriendly.org>
33. Taşkın, L. (2009). Riskli Doğum Eylemi. L. Taşkın (Haz.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (s.335-374). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

34. DeCherney, A.H., Nothan, L. (2003). Current Obsteric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. International Edition, Ninth Edition.
35. Arslan, H., Karahan, N., Çam, Ç. (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1 (2), 54-59.
36. Yaşar, Ö., Şahin, F.K., Coşar, E., Köken, G.N., Cevrioğlu, A.S. (2007). Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17, 414-117.
37. Yılmaz, M., İsaoglu. Ü., Kadanalı, S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 Yılları Arasında Sezaryen Olan Hastaların İncelenmesi. Marmara Medical Journal, 22(2),104-110
38. Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2004). Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye’de Ve Dünyada Güncel Nedir?. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 7, 113-117.
39. Şahin, N.H. (2009). Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (3), 93-98.
40. Özden, M. (2003). Sağlık Eğitimi (2.bs.). Ankara: Feryal Matbaası.
41. Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2.bs.). Ankara: Mattek Matbaacılık.
42. Bektaş, E. (2008). Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması. Uzmanlık Tezi, İstanbul
43. Yağmur, Y., Mutlu, M. (Nisan 2011). Sağlık Çalışanı Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler [Sözel Bildiri]. 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara
44. Hangi Doğum Sağlıklı?. Erişim: 28.04.2011, <http://www.hamilebilgi.com>

45. Normal Doğumun Anneye ve Bebeğe Faydaları. Erişim: 28.04.2011, www.bayansitesi.net
46. Sezaryen Doğumun Riskleri. Erişim: 28.04.2011 <http://www.jinekolojivegebelik.com>
47. Vatansever, Z., Okumuş, H. (2013). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6 (2),82-87.
48. Ceylantekin, Y. (2006). Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
49. Kılıç, M. (Nisan 2011). Kadınların Doğum Tercihleri, Etkileyen Faktörler [Sözel Bildiri]. 7.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.
50. Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40 YIL(2), 57-62.
51. Akın, A., Özvarış, Ş.B. (2002). Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları [Elektronik Sürüm]. Ankara.
52. Özkan, S., Sakal, F.N., Avcı, E., Civil, E.S., Tunca, M.Z. (2013). Kadınların Doğum Yöntemi Tercihi ve İlişkili Faktörler. Turk J Public Health , 11(2), 59-71.
53. Bal, M.D., Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2013). Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri. F.N.Hem. Derg, 21(2), 139-146.
54. Kara, M., Şentürk, Ş., Yılmaz, E. (2009). Ağrı İlinde Gebelerdeki Sezaryen Oranları ve Demografik Özellikler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40 YIL(3), 131-134.
55. Kaya, Z., Er, Z., Elmas, K., Durak, E.H., Yılar, Z., Alparslan, Ö. (Nisan 2012). Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler [Poster]. 3.Ulusal

Ebelik Öğrenci Kongresi, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Kongre ve Kültür Merkezi

56. Oktay, S., Duran, Ö. (2012). Bursa. Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 2-6 Ekim 2012-Bursa: Bildiriler (s. 269-271).
57. Arkan, G., Karabaş, S. (2013). Antalya. Annelerin Doğum Şekillerine Göre Postnatal Konfor Özellikleri. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 27-31 Ekim 2013-Antalya.
58. Konakçı, S.K., Kılıç, B. (2004). İzmir’de Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler. T Klin Jinekoloj obst,14,88-95.
59. Kömürcü, N. (2010). Perinatoloji Hemşireliği (1.Bs.). İstanbul Sağlık Müdürlüğü. Yayın No:767.

EKLER**Ek-1-Anket Formu**

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma ilk kez doğum yapacak kadınların doğum şekli tercihlerini belirlemek ve sağlık eğitiminin kadınların doğum şekli tercihi üzerine etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Cevaplarınız topluca değerlendirilecek ve kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır. Soruların samimiyetle doldurulması araştırmanın güvelliği için önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Anket No:

Görüşme Tarihi:

Adı- Soyadı:

Adres:

Telefon:

1.Kaç yaşındasınız?

- 1) 20 yaş ve altı 2) 21-30 yaş 3) 31 yaş ve üstü

2. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) İlköğretim ve altı 2) Lise Mezunu 3) Üniversite Mezunu

3. Eşinin eğitim durumu nedir?

- 1) İlköğretim ve altı 2) Lise Mezunu 3) Üniversite Mezunu

4. Mesleğiniz nedir?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

5. Eşinin mesleği nedir?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

6. Aylık gelir durumunuz nedir?

- 1) Düşük 2) Orta 3) İyi

7. Kaçınıcı gebeliğiniz?

- 1) 1 2) 2 ve üstü

8. Düşük sayınız kaç?

- 1) Yok 2) 1 ve üzeri

9. Kürtaj sayınız kaç?

- 1) Yok 2) 1 ve üzeri

10. Gebeliğinizi nerde takip ediyorsunuz?

- 1) Kamu Hastanesi 2) Özel Hastane

11. Gebeliğinizi kim takip ediyor?

- 1) Ebe-Hemşire 2) Doktor

12. Doğumunuzu ne şekilde yapmayı düşünüyorsunuz?

- 1) Sezaryen 2) Vajinal (normal) doğum 3) Kararsızım

13. Eğer sezaryenle doğum yapmayı düşünüyorsanız nedeni?

- 1) Doğumdan/ doğum ağrısından korktuğum için
2) Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünmem/ Kıymetli bebek olması
3) Sağlık problemimin olması
4) Normal doğumdaki pozisyon ve muayenelerden rahatsız olmam
5) Doğum yapacağım tarihi önceden bilmek istemem

14.Eğer vajinal (normal) doğum yapmayı düşünüyorsanız nedeni?

- 1) Doğum sonunda çabuk iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek istemem
- 2) Daha sağlıklı ve iyi olması
- 3) Doktorumun/ ebe-hemşiremin önerisi
- 4) Diğer (Sezaryenden/ameliyattan korkmak, doğum deneyimini yaşamak istemek, üçten fazla çocuk istemek)

15.Doğumunuzu nerde yapmayı düşünüyorsunuz?

- 1)Kamu Hastanesi
- 2) Özel Hastane

16.Doğum şeklinizle ilgili daha önce bilgi aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

17.Bilgi aldıysanız kimden aldınız?

- 1)Doktor
- 2) Ebe-Hemşire
- 3) Ailem ve akrabalarım
- 4) Tv, dergi, gazete vb.

DOĞUM SONRASI**18.Doğumunuzu nasıl yaptınız?**

- 1)Normal doğum
- 2) Sezaryen

19.Doğumunuzu nerde yaptınız?

- 1)Kamu Hastanesi
- 2) Özel hastane

20.Sezaryen doğuma kim karar verdi?

- 1)Kendim istedim
- 2) Doktorum tıbbi nedenlerle karar verdi

Görüşme Tarihi:

Ek-2- Eğitim Materyali

Doğum, fetüs ve eklerinin anneden tam olarak atılması veya çıkarılmasıdır. Doğum iki şekilde gerçekleşir; normal (vajinal) doğum ve sezaryen.

Normal (Vajinal) Doğum

Normal (vajinal) doğum eylemi, bebeğin anne vücudundan ayrılması olayının tamamen kendi ritmi ve düzeni içerisinde gerçekleşmesidir. Doğum eyleminin başlaması için dışarıdan bir müdahale olmaması ve doğum eyleminin ilerleme sürecinde hiçbir müdahalede bulunulmaması gerekir.

Normal (Vajinal) Doğumun Anneye Faydaları:

1. Anne doğum sonrası daha çabuk iyileşir ve ayağa kalkar.
2. Bebeğinizi hemen emzirmeye başlarsınız.
3. Gebelikte aldığınız kiloları daha çabuk verirsiniz.
4. Sezaryene göre daha ekonomiktir.
5. Kanama, enfeksiyon gibi riskler daha az oluşur.
6. Doğumdan sonraki gün evinize gidebilirsiniz.
7. Annelik duygusunu daha çok hissedersiniz.
8. Sütünüz daha çabuk gelir.

Normal (Vajinal) Doğumun Bebeğe Faydaları:

1. Anne narkoz almadığı için dolayısıyla bebekte anestezi almaz.
2. Bebek normal doğum esnasında akciğerlerindeki sıvıyı atar.
3. Bebekle aranızdaki iletişim daha erken olur.

Sezaryen

Sezaryen; fetüs ve eklerinin karın duvarına yapılan kesiden doğurtulmasıdır. Sezaryen, normal doğumun mümkün olmadığı anne veya bebeğin hayatının risk taşıdığı durumlarda doktor tarafından önerilen doğum şeklidir.

Sezaryen Doğumun Riskleri:

1. Anne-bebek etkileşimi gecikir ve hastanede kalma süresi uzar.
2. Sonraki bebeklerin normal doğum ile olma şansı azalır.
3. Narkoza bağlı komplikasyonlar oluşabilir.
4. Bacak damarlarında ve akciğerlere pıhtı oluşma riski normal doğuma göre fazladır.
5. Sezaryende daha fazla ağrı olur.
6. Bebeğe solunum sıkıntısı riski daha fazladır.
7. Sezaryen ile doğan bebekler daha geç emer.
8. Ameliyata bağlı oluşabilecek yapışıklıklar nedeniyle kısırlık problemi daha fazla görülür.
9. Annenin sonraki doğumlarında bebeğin eşinin rahim ağzına yerleşmesi veya rahim duvarına yapışması gibi komplikasyonlar daha sık görülür.

Ek-3-İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kural Onayı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNSAN ETİK KURUL KARARI





Toplantı Tarihi : 02/08/2011
 Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
 Araştırmanın Protokol No.su : 2011/114
 Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı/Soyadı : Yrd.Doç.Dr.Yurdağül YAĞMUR

“Kadınların doğum tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisi” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına oy birliği ile karar verildi.

 Prof.Dr. Metin GENÇ Başkan	 Prof. Dr. Tamer BAYSAL Üye Katılmadı	 Doç. Dr. Hakan PARLAKPINAR Başkan Yardımcısı
 Prof. Dr. M. Tayyar KALCIOĞLU Üye Katılmadı	 Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ Üye	 Yrd. Doç. Dr. Arzu KARAKURT Üye Katılmadı
 Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÇİĞLI Üye	 Yrd. Doç. Dr. İzzetiye Ebru ÇAKIR Üye	 Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ Üye

Ek-4-Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni-1

MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

14.09.2011

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09-605.04/ 23969

KONU : Araştırma İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
MALATYA

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Medine Mutlu ÇUBUK'un "Kadınların Doğum Tercihleri Üzerine Sağlık Eğitiminin Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını İlimiz Mücelli, Çöşnük, Sıtmapınarı ve Çavuşoğlu Aile Sağlığı Merkezlerinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Suat Çoban
Sağlık Müdür Yardımcısı

15.09.2011 500/2355

Malatya İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim Şube Müdürlüğü
Zapçioğlu Cad. Şifa Mah. Sıtmapınarı/ MALATYA
Bilgi için:

e-posta: egitim-14@windowslive.com
Tlf: 0 (422) 323 27 86/ 229
Fax: 0 (422) 323 27 16

Ek-5-Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni-2



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09-605.04/ 31286

30.11.2011

KONU : Anket

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
MALATYA

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Medine MUTLU ÇUBUK'un "Kadınların Doğum Tercihleri Üzerine Sağlık Eğitiminin Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hasan Dernek, Özalper, Adafı-1 ve 2 nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Suat ÇOBAN
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

11.2011

500/3451

Malatya İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim Şube Müdürlüğü
Zapçioğlu Cad. Şifa Mah. Sıtmapınarı/ MALATYA
Bilgi için:

e-posta: egitim-44@windowslive.com
Tlf: 0 (422) 323 27 86/ 229
Fax: 0 (422) 323 27 16

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Adıyaman'da doğan Medine MUTLU ÇUBUK, Adıyaman Sağlık Yüksek Okulundan 2009 yılında mezun olmuştur. 2009 yılından itibaren Turgut Özal Tıp Merkezi'nde hemşire olarak çalışmaktadır.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Bölümü'nde 2010 yılında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

E-Posta Adresi: sumbul_20@hotmail.com