



T. C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİRİNCİ BASAMAKTA
“GEBE BİLGİLENDİRME EĞİTİMİ” UYGULANMASI
VE SONUÇLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Levent ÖZDENVAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2021



T. C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİRİNCİ BASAMAKTA
“GEBE BİLGİLENDİRME EĞİTİMİ” UYGULANMASI
VE SONUÇLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Levent ÖZDENVAR

Tez Danışmanı: Doç Dr. Kenan TOPAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimize başladığımız ilk günden itibaren, Aile Hekimliği disiplinini bizlere benimseten, mesleki gelişimimize büyük katkılar sağlayan, kişiliği, hocalığı, eğitim heyecanı ve aşkı ile her daim bizlere örnek olan, asistanlık sürecimde ve tez çalışmamda rehberliği ve tecrübesi ile yol göstererek her aşamada büyük destek veren, hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Kenan TOPAL'a

Samimiyeti, iyi niyeti, yardımseverliği ve duruşu ile her zaman yanımda olarak, mesleki bilgi ve birikimi ile bütün eğitim sürecimde, ayırım yapmadan her birimle ayrı ayrı ilgilenerek bizlere değerli katkılar sağlayan, başasistanım sayın Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a

Seviyeli, samimi, saygılı gerçek bir eğitim ortamında tüm eğitim aktivitelerini ve klinik stajlarını paylaştığımız, başta Dr. Mustafa AVŞAR olmak üzere, tüm eş kıdemli, alt ve üst kıdemli asistan arkadaşlarıma, stajlarımızda bizlere sağladıkları uygun eğitim ortamı ile yardımcı olan ve eğitimimize önemli katkılar sağlayan stajlarımızdaki bölüm hocalarımız, uzman ve asistan meslektaşlarımızla, hemşire arkadaşlarımıza,

Tez sürecimdeki destek ve yardımları için, Adana ili İsmetpaşa ASM ve Gürselpaşa 1 ASM'de görev yapan doktorundan, ebe, hemşire ve hizmetlisine kadar tüm personeline,

Şartsız koşulsuz her zaman yanımda olan ve beni ben yapan sevgili annem, babam, abim ve ablama,

Varlıkları ile hayatıma anlam katan, sonsuz sevgi ve destekleri ile beni güçlü kılan, sevgili hayat arkadaşım eşim Nesrin, canım yavrularım Emin ve Elif'e,

Teşekkürü bir borç bilirim.

Dr.Levent ÖZDENVAR

ÖZET

Birinci Basamakta ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ Uygulanması ve Sonuçlarının Araştırılması, Dr.Levent Özdenvar, Uzmanlık Tezi, Adana 2021.

Amaç : Gebelerin, gebelik ve doğum yöntemleri hakkındaki bilgi eksikliği, artan sezaryen doğumlar için önlenabilir risk faktörlerinden biridir. Bu çalışmanın amacı aile sağlığı merkezlerinde ‘gebe bilgilendirme eğitimi’nin uygulanması ve sonuçlarının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma, Nisan 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Adana'da İsmetpaşa ve Gürselpaşa 1 aile sağlığı merkezlerinde 106 nullipar gebe ile gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, belirlenen tarihler arasında doğum öncesi kontrol için aile sağlığı merkezine başvuran tüm nullipar gebelerden ardışık örnekleme ile belirlenen 106 nullipar gebe oluşturdu. Veriler anket kullanılarak toplandı. Anket doldurulduktan sonra, doğum yapmamış tüm gebeler ‘gebe bilgilendirme eğitimi’ne davet edildi. Aile sağlığı merkezlerinde düzenlenen ‘gebe bilgilendirme eğitimi’ne hiç doğum yapmamış 106 hamile kadından 48'i gönüllü olarak katılırken, 58'i katılmadı.

Bulgular : Bu çalışma sonucunda tüm katılımcılardaki sezaryen ile doğum oranının (C/S) % 67 (n=71), normal vajinal doğum oranının ise % 33 (n=35) olduğu bulundu. C/S'lerin çoğu (% 73,2) özel hastanelerde, normal vajinal doğumların ise % 80'i kamu hastanelerinde gerçekleşti. C/S ile doğumların, ailenin ortalama aylık geliri, gebenin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, tedavi ile gebe kalma durumu, gebenin sigara kullanımı, takip edildikleri sağlık merkezi, doğumun planlandığı sağlık merkezi ve doğumun gerçekleştiği sağlık merkezi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptandı. Doğumun sonlanma şekli açısından ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ne katılanlarla katılmayanlar arasında bir fark bulunamadı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları C/S için en önemli faktörün doğumun gerçekleştiği sağlık merkezi olduğunu göstermiştir. Etkin eğitimle, gebeler vajinal doğuma yönlendirilmelidir. Gebelerin eğitim eksikliği vardır ve aile sağlığı merkezlerinde ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimleri’ düzenli bir şekilde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Sezaryen operasyonu , gebelik, nulliparite

ABSTRACT

Implementing 'Pregnant Training Programme' to pregnant women regarding gestation period in Primary Care and investigating Its Results.

Dr.Levent Özdenvar, MD, Dissertation, Adana, 2021.

Aim : Lack of knowledge of pregnant women regarding pregnancy and delivery methods is one of the preventable risk factors for increased cesarean delivery. The aim of this study is to implement a 'pregnant training programme' to pregnant women regarding gestation period and investigating its results.

Method : This cross-sectional study was carried out with 106 nulliparous pregnant women, between April 2019 - April 2020 in family health centers of İsmetpaşa and Gürselpaşa 1 in Adana. The sample of the study consisted of 106 nulliparous pregnant women who were determined by consecutive sampling among all nulliparous pregnant women who applied to family health center for prenatal control between the specified dates. The data were collected by using a questionnaire. After filling the questionnaire, all of the nulliparous pregnant women were invited to our 'pregnant training programme'. While 48 of the 106 nulliparous pregnant women participated as volunteers in the 'pregnant training programme' which was organized in the family health centers, 58 were not attended.

Results : As a result of this study, it was found that the cesarean delivery rate (C/S) was 67% (n=71) and the normal vaginal delivery rate was 33% (n=35) in all participants. Most of the C/S (73.2%) took place in private hospitals and 80 % of the normal deliveries took place in public hospitals. C/S births were found to be significantly associated with the average monthly income of the family, the education level of the pregnant woman, the working status of the spouse, use of assisted reproduction methods, smoking of pregnant women, the hospital where the pregnant women were followed, the hospital where the birth was planned and the hospital where the delivery took place ($p < 0.05$). No difference was found between those who attended the 'Pregnant training programme' and those who did not, in terms of the way the birth was terminated.

Conclusion: The results of this study showed that the most important factor for C/S was the type of health center where the birth took place. With effective education, pregnant women should be guided to vaginal delivery. Pregnant women have a lack of education, and ‘pregnant training programme’ should be carried out regularly in family health centers.

Keywords: Cesarean Section, Pregnancy , Nulliparous



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kadın Üreme Sistemi.....	3
2.1.1.Dış Üreme Organları	3
2.1.2. İç Üreme Organları	4
2.1.3. Pelvis Tipleri.....	6
2.2. Gebelik Oluşumu ve Gebelik Fizyolojisi.....	7
2.3. Gebelik Takip ve İzlem Protokolleri	9
2.3.1. Birinci Basamak Aile Hekimliklerinde Gebelik İzlemleri	11
2.4. Doğum Eylemi	13
2.4.1. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesinde Önemli Etkenler	14
2.4.2. Doğum Eyleminin Evreleri	14
2.4.3. Doğumda Fetusun Kardinal Hareketleri	15
2.4.4. Doğum Eyleminin Medikalizasyonu.....	17
2.5. Sezaryen.....	19
2.5.1. Sezaryene Ait Kısa Tarihçe	19
2.5.2. Sezaryen Oranlarındaki Hızlı Artış	21
2.5.3. Sezaryen Endikasyonları	22
2.5.4. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları.....	23
2.6. Gebe Eğitimi	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmada kullanılan veri toplama formu	28
3.2. Araştırmaya katılan gebelere eğitim verilmesi	28
3.3. Gebe eğitimi materyeli ve içeriği	28
3.4. İstatistik analizler.....	29

4. BULGULAR	30
4.1. Katılımcıların Gebelik Durumuna İlişkin Özellikleri İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	31
4.2. Katılımcıların Gebeliklerindeki Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	36
4.3. Katılımcıların Doğum Yöntemi Tercihlerinde Etkili Olan Faktörlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	37
4.4. Katılımcıların Doğum Yöntemleri ile İlgili Bilgi Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	39
4.5. Katılımcıların Gebeliklerinin Sonlanma Durumları ve Doğumun Gerçekleştirildiği Merkezlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	41
4.6. Katılımcıların Eğitim Durumları İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
4.7. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelir Düzeyleri İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	49
4.8. Katılımcıların ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ne Katılma Durumları İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	55
4.9. Katılımcıların Gebeliklerinin Sonlanma Şekli İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇLAR.....	88
7. ÖNERİLER	91
KAYNAKLAR.....	93
EKLER.....	104
ÖZGEÇMİŞ.....	115

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	:The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ADNKS	:Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
C/S	:Caserean Section
CYBE	:Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
ÇEKÜS	:Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EFM	:Elektronik Fetal Monitörizasyon
FAS	:Fetal Alkol Sendromu
FİGO	:The International Federation of Gynecology and Obstetrics
FM	:Fizik Muayene
GDM	:Gestasyonel Diabetes Mellitus
GFR	:Glomerül Filtration Rate
GİS	:Gastro İntestinal Sistem
HPL	:Human Plasental Laktojen
HT	:Hipertansiyon
İVF	: İnvitro Fertilizasyon
İYE	:İdrar Yolu Enfeksiyonu
LDL	:Low Density Lipoprotein
MSS	:Merkezi Sinir Sistemi
NVYD	:Normal Vajinal Yolla Doğum
OECD	:Organisation for Economic Cooperation and Development
RDS	:Respiratuar Distres Sendromu
SAT	:Son Adet Tarihi
SES	: Sosyoekonomik Statü
TA	:Tansiyon Arteriyel
TAYA	:Türkiye Aile Yapısı Araştırması
TG	:Trigliserid
TİT	:Tam İdrar Tahlili

TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TORCH	:Toxoplazma Other Rubella Cytomegalovirüs Herpes
TSH	:Tiroid Stimulan Hormon
USG	:Ultrasonografi
VLDL	:Very Low Density Lipoprotein
WHO	:World Health Organisation
YDYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	30
Tablo 2. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve ailenin aylık ortalama gelir düzeyine ait özellikleri.	31
Tablo 3. Katılımcıların evlenme yaşı, gebe kalma yaşı ve çalışmaya katıldıkları andaki gebelik haftasına ait özellikleri.....	31
Tablo 4. Katılımcıların gebe kalma durumları ve gebelikleri öncesi veya esnasında planladıkları doğum yöntemine ait özellikleri.....	32
Tablo 5. Katılımcıların gebeliklerinde bir sağlık sorunu ve ailevi sorun yaşama durumuna ait özellikleri	32
Tablo 6. Katılımcıların aile hekimliği dışında takip edildikleri, doğum yapmayı planladıkları ve doğumlarını gerçekleştirdikleri merkezlerin özellikleri.....	33
Tablo 7. Katılımcıların gebelikte gebelik takiplerinin düzenli olarak yapılmasının ve düzenli takiplerin yapıldığı merkezlerin önemi ile ilgili düşüncelerinin özellikleri.	34
Tablo 8. Katılımcıların takiplerinde normal doğum önerilmesi ile ilgili özellikleri. ...	34
Tablo 9. Katılımcıların, doğumdan önce sezaryen doğum yapılmasını zorunlu kılacak durumlarının tespitine ait özellikleri.	35
Tablo 10. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına ait özellikleri	36
Tablo 11. Katılımcıların gebeliklerinde başlayan hastalık durumuna ait özellikleri. .	36
Tablo 12. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile sık ve sürekli ilaç kullanım durumuna ait özellikleri.	37
Tablo 13. Katılımcıların doğum yöntemi tercihlerinde etkili olan faktörlerle ilgili özellikleri.....	39
Tablo 14. Katılımcıların doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerine ve bilginin kaynağına ait özellikleri	40
Tablo 15. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma durumuna ait özellikleri.	41
Tablo 16. Katılımcıların ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ alma durumuna ait özellikleri.....	41
Tablo 17. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşadıkları aile tipinin karşılaştırılması.....	42

Tablo 18. Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin yapıldığı sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.	43
Tablo 19. Katılımcıların eğitim düzeyi ile aylık ortalama gelir durumlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 20. Katılımcıların eğitim durumları ile gebelik öncesi veya gebelik esnasında planlanan doğum yönteminin karşılaştırılması.....	45
Tablo 21. Katılımcıların eğitim durumları ile doğumu planladıkları yerlerin karşılaştırılması.....	46
Tablo 22. Katılımcıların eğitim durumları ile doğum yaptıkları merkezlerin karşılaştırılması.....	47
Tablo 23. Katılımcıların eğitim durumları ile evlenme ve gebe kalma yaşlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 24. Katılımcıların eğitim durumları ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları ve gebeliklerinin sonlanma şekillerinin karşılaştırılması.	49
Tablo 25. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile planladıkları doğum yönteminin karşılaştırılması	50
Tablo 26. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile doğum yapmayı planladıkları sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 27. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile aile hekimliği dışındaki takiplerinin yapıldığı sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.	52
Tablo 28. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile doğumlarını gerçekleştirdikleri merkezlerin karşılaştırılması	53
Tablo 29. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 30. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekillerinin karşılaştırılması	54
Tablo 31. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile gebe kalma durumlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 32. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile gebelik öncesi veya esnasında planladıkları doğum yönteminin karşılaştırılması.	56
Tablo 33. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekillerinin karşılaştırılması	56

Tablo 34. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile aile hekimliği dışında takiplerini yaptırdıkları sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 35. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile doğumu planladıkları merkezlerin karşılaştırılması	58
Tablo 36. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile doğumun gerçekleştiği merkezlerin karşılaştırılması	59
Tablo 37. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumlarının karşılaştırılması.....	60
Tablo 38. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile aile tiplerinin, gebe kalma durumlarının ve kronik hastalık durumlarının karşılaştırılması	61
Tablo 39. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile gebelik öncesi veya esnasında planladıkları doğum yönteminin karşılaştırılması.	62
Tablo 40. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 41. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile aile hekimliği dışında takip edildikleri, doğumlarını yapmayı planladıkları ve doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.	64
Tablo 42. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve eğitim alma durumları ile gebelik durumu ve gebelik sonlanma durumuna ait özelliklerinin karşılaştırılması.....	66
Tablo 43. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve eğitim alma durumları ile doğum yönteminde etkili olan faktörlerle ilgili ortalama puanlarının karşılaştırması.....	68
Tablo 44. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve eğitim alma durumları ile doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri ortalama puanlarının karşılaştırması.....	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kadın Üreme Sistemi	4
Şekil 2. Caldwell-Moloy sınıflamasına göre pelvis tipleri	7
Şekil 3. Fetusun kardinal hareketleri.	16
Şekil 4. Sezaryen Operasyonu.....	20
Şekil 5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) Göre Türkiye'de Yıllara Göre Sezaryen Doğum Oranları	22



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum her kadına özgü, doğal seyrinde gerçekleşmesi gereken fizyolojik bir olaydır. Doğum eylemi, düzenli ve sancılı uterus kasılmaları sonucu serviksin silinmesi, yumuşaması ve genişlemesi ile fetüs ve eklerinin, uterustan dış ortama atıldığı fizyolojik bir süreçtir (1).

Günümüzde doğum olayına değişik metod ve yöntemlerle müdahale edilmekte, yapılan her türlü müdahale doğumu doğallığından uzaklaştırmaktadır. En çok uygulanan müdahaleler arasında epizyotomi, amniyotomi, oksitosin indüksiyonu ve sezaryen (C/S) sayılabilir (1). Müdahaleli doğumlar, herhangi bir tıbbi endikasyon durumunda hayat kurtarıcı olmakla beraber, anne ve bebek sağlığı açısından birçok dezavantaj içermektedir(2). Özellikle sezaryen uygulamaları normal vajinal yolla doğuma (NVYD) göre anne ve bebek üzerinde kısa ve uzun vadede pek çok sağlık problemi oluşturmaktadır (3-6). Sezaryen doğum eyleminin cerrahi yöntemle gerçekleştirilmesi olup, fetüs ve eklerinin 28. gebelik haftasından itibaren abdominal ve uterin duvara yapılan cerrahi insizyon yoluyla doğurtulması işlemidir(1).

Türkiye OECD ülkeleri arasında sezaryen doğum oranlarında ilk sırada yer almakta olup her sene de bu oran artmaktadır. 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerindeki %52’lik sezaryen doğum oranı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün “ 2000 yılında herkese sağlık” hedefleri kapsamında önerilen %15 oranından çok fazladır(7).

Temelde sezaryen sayısında artış nedenleri; endikasyonların geniş tutulması, hasta isteği, sezaryenli kadın sayısında artış ve doğum hekimlerince doğum zamanlaması ve süresinin belirlenebileceği düşünceleri şeklinde sıralanabilir(8). Sezaryen hızının artmasında rolü olan önemli bir neden anne istemidir. Kadınlarda sezaryen oranlarının gün geçtikçe artması ve sezaryen doğumu kendi isteği ile tercih etmesi, üzerinde durulması gereken bir konudur(9). Dünya’da isteğe bağlı sezaryen konusunda etik tartışmalar devam etmektedir. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO) sezaryenin isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2008’de yaptığı açıklamada 39.haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılmasını kabul etmemektedir. Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken

gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri gözönüne alınmalıdır. Annenin istemi sezaryen için tek başına yeterli bir neden değildir(10).

Kadının gebeliği esnasında, doğum yöntemleri ile ilgili bilgi edinmemiş olması, sezaryen doğum sıklığını artıran önlenabilir faktörlerden biridir. Bu nedenle kadınların birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca doğum yöntemleri konusunda bilgilendirilmeleri çok önemlidir (11). T.C Sağlık Bakanlığı'nın “ Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” her gebenin gebeliği süresince en az 4 kez nitelikli bir şekilde ve izlem protokolleri çerçevesinde izlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Özellikle 3. ve 4. gebelik izlemlerinde, önceki izlemlerdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin yanında, doğum eylemi ve doğumun nerede ve kimler tarafından yapılacağının planlanmasına yönelik de bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verilmesi uygun görülmektedir (12). Birinci basamak aile hekimliği birimlerinde de bu izlem protokollerine uygun olarak gebe izlemleri gerçekleştirilirken, doğum eylemi ve doğum yöntemleri konularında da gebelerin yeterince bilgilendirilmeleri esastır. Doğum şekli konusunda doğum öncesinden itibaren gebelerin uygun ortamlarda ve uygun yöntemlerle bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir(13).

Bu çalışmamızda, ilk kez doğum yapacak gebelere, birinci basamakta gebelik, doğum eylemi ve doğum yöntemleri konularında “Gebe Bilgilendirme Eğitimi” verilmesi ve bu eğitimin sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır. Sezaryen oranlarındaki artışın, anne isteği yanı sıra bir diğer önemli nedeni de daha önceki gebeliğin sezaryenle sonlanmasıdır(14). Çalışmamız ilk doğumlarının sezaryen doğum olması halinde, diğer gebeliklerinde de yüksek oranda sezaryen potansiyeli taşıyacak olan nullipar gebelerle yapılmıştır. Tıbbi endikasyon dışı, isteğe bağlı sezaryen doğumun engellenmesi, bir sonraki doğumun sezaryen olma olasılığında büyük oranda azaltacak ve anne ile bebeğin normal doğumun avantajlarından mahrum kalmasını engelleyecektir. Birinci basamak aile hekimliğinde verilecek olan eğitimlerle, ilk kez doğum yapacak gebelerin bilgi ve eğitim düzeylerinin artırılmasının, bu gebe grubunda doğum şekli ile ilgili karar süreçlerinde etkin rol alabilmelerine katkı sağlayıp sağlamadığının araştırılması da çalışmamızın amaçlarındandır.

2. GENEL BİLGİLER

Kadın üreme organları; pelvik kavitede yerleşmiş olan ve pelvik taban tarafından desteklenen ‘iç üreme organları’ ile perinede yerleşmiş ‘dış üreme organları’ndan oluşur(15). Kadında iç ve dış üreme organları, over hormonları olan estrojen ve progesteronun etkisi ile gelişir ve olgunlaşır. Bu gelişme anne karnında başlayıp puberte ve doğurganlık çağı boyunca devam eder. Kadının yaşının ilerlemesi ile over hormonlarının seviyesindeki düşme sonucu, üreme organlarında atrofi görülür.

2.1. Kadın Üreme Sistemi

Kadın üreme sistemi kadınlardaki cinsel organların oluşturduğu sistemdir. Bu sistemin görevleri;

- 1) Eşey hücrelerini (ovum) ve üreme ile ilgili hormonları üretmek
- 2) Gelişen fetusu taşımak ve desteklemek
- 3) Fetusun dünyaya gelmesini sağlamaktır(16).

2.1.1.Dış Üreme Organları

Vulva olarak adlandırılır;

- Mons Pubis
- Labium majör ve labium minör
- Klitoris
- Vestibul bölümlerinden oluşur.

a) Mons Pubis: Symphysis pubisin üst önündeki kabarık alan olup,gevşek bağ dokusu ve deri altı yağ dokusundan oluşmuştur.

b) Labia Majör (Büyük Dudaklar): Mons pubisten aşağı doğru uzanan yağ ve bağ dokusu kıvrımıdır. Her dudağın iki yüzü vardır. Dış yüzü pigmentli olup, pubertede üzeri kıllarla örtülür. İç yüzü düz ve kılsızdır. Labia majörler, labia minörleri, üretral ve vajinal açıklığı korurlar. Damar ve sinir yönünden zengindir. Erkekteki skrotumun homoloğudur.

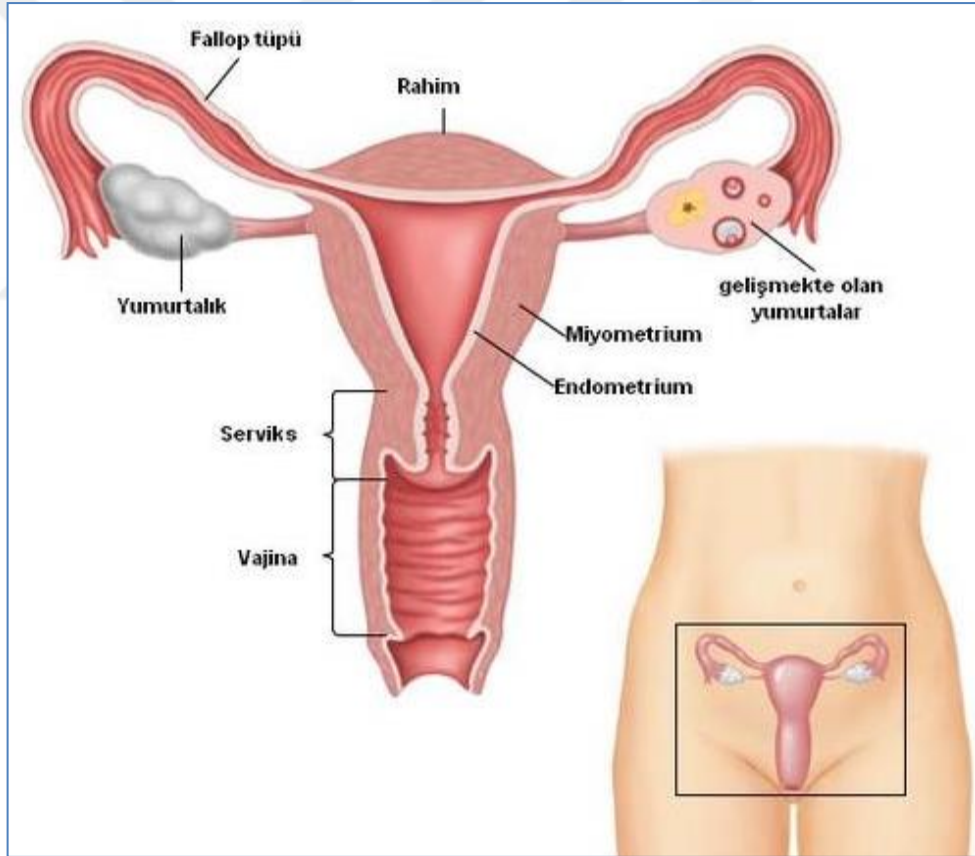
c) Labia Minör (Küçük Dudaklar): Labia majörlerin arasında yer alır. İki küçük deri kıvrımıdır. Yağ tabakası yoktur. Yaklaşık 4 cm uzunluğundadır. Damar ve sinirler yönünden zengindir. Kıl folikülü içermez.

d) Klitoris: Labia minörlerin üstte birleştiği kısımda yer alır. Erkekten penisin karşılığıdır. Bağ dokusundan yapılmış bir fasya ile örtülü, kısa silindirik erektile bir organdır. Damar ve sinir yönünden zengindir.

e) Vestibül: Labia minörler açıldığında ortaya çıkan üçgen şeklindeki sahadr. Vestibül yüzeyi ince, mukozal bir yapıya sahiptir. Üretra ve vajina bu sahaya açılır.

2.1.2. İç Üreme Organları

- Overler(Yumurtalık)
- Tuba uterinalar(Fallop Tüpleri)
- Uterus(Rahim)
- Vajina(Hazne) bölümlerinden oluşmaktadır (Şekil 1), (17).



Şekil 1. Kadın Üreme Sistemi (17)

a) Overler: Uterusun her iki yanında, tüplerin yan kısımlarına yerleşmişlerdir. Overler, şekil ve ölçü olarak iri bir badem görünümünde grimsi pembe renkte 4 cm uzunlukta, 2 cm genişlikte, 1 cm kalınlığında ve 4-6 gr ağırlığındadır. Histolojik

kesitinde iki tabaka vardır. İç kısımda kan ve lenf damarları, sinir ve bağ doku barındıran medülla tabakası, dış kısmında farklı gelişme aşamalarındaki folikülleri barındıran kortekstir. Foliküller bir germ hücresi ve bunu çevreleyen folikül hücrelerinden meydana gelmiştir. Overlerin, yumurta hücresinin olgunlaşıp overden atılması yani ovulasyon ve estrogen ve progesteron gibi hormonları salgılama gibi görevleri vardır.

b) Tuba Uterina: Bir çifttir ve uterusun üst yan köşelerine açılırlar. 10-13 cm uzunluğunda, 0,6 cm çapında uzun, ince tüp şeklinde oluşumdur. Overden atılan ovumun uterusa taşınma yoludur. Vajinaya boşalan meninin rahim ağzından geçerek yumurtaya ulaşımını sağlayan kanaldır. İnfundibulum, ampulla ve isthmus olarak üç bölümü mevcuttur.

c) Uterus: Mons pubis ve mesanenin arkasında, rectumun önünde yerleşik, armut biçiminde, kalın ve kaslı, öne yatık(antevers) pozisyonda hareketli bir organdır. 7,5 cm uzunluğunda, 3,5 cm genişliğinde, 2,5 cm kalınlığında ve 60 gr ağırlığındadır. Gebelikteyse ağırlığı 1000 grama kadar çıkabilir. Bu ağırlık postpartum normale geriler. Fertilize ovumun yerleşmesi için uygun ortamı hazırlayıp, embriyo olgunlaşmaya kadar beslenme ve muhafazasını temin etmek, eylemde fetus ve plasentanın atılmasını sağlamak, postpartum plasentanın ayrıldığı alandaki kanamayı kas kontraksiyonları ile kontrol etmek gibi görevleri vardır. Fundus, tepe denilen en üst kısmıyken, korpus gövdesi, isthmus boyun bölgesi ve serviks ise rahim ağzı kısımlarıdır. Serviksin vajina ile uterus arası köprü özelliği olup, external os vajene, internal os ise uterusa doğru açık kısımlarıdır(15). Uterusun içi boştur. Bu boşluğa kavite ya da endometrial kavite denir. Serviks rahimin, vajina ile yani dış dünya ile temasını sağlayan en uç kısmıdır. Jinekolojik muayene esnasında görülebilen bir yapıdır. Serviks ile endometrial kaviteyi birleştiren kanala endoservikal kanal denir. Uterusun temel yapısı korpustur. Düz kaslardan oluşur ve istemsiz olarak çalışır(18).

Uterus duvarı 3 tabakadan oluşmuştur. Dıştan içe doğru parametrium, myometrium ve endometriumdur. Parametrium en dış seröz tabakadır. Korpusun her yanını, serviksin ise sadece arka tarafını örten damar, sinir ve lenf ağları yönünden zengin bağ dokusudur. Myometium ortadaki kas dokusudur ve aralarında kan damarları içeren kas liflerinden oluşur. Kas lifleri en fazla fundusta en az serviks ve

isthmusta yer alır ve doğum esnasında güçlü kasılmalar oluşturarak kısalmır. Doğum esnasında, kontraksiyonlarla normalde kapalı olan serviksin açılmasını sağlar. Doğumda önce fetus ve ardından plasentayı dışarı atacak itme gücünü oluşturur. Kanamayı kontrol altına alır, seks hormonlarının etkisi ile gebelikte ileri derecede hiperplazi ve hipertrofiye uğrayarak gebelik ürününe yataklık eder. Endometrium uterin kaviteyi döşeyen en içteki tabaka olup, salgı yapan epitel hücrelerinden, özel bağ dokusundan ve glandlardan oluşur. Over hormonlarının etkisi ile kalınlaşarak değişime uğrar. Bu değişim süreci puberteden menapoza kadar sürer. Ortalama 28 günde bir meydana gelen bu değişime ‘Uterin Siklus’ denir ve en belirgin özelliği her siklus sonunda görülen menstrual kanamadır. Bu yüzden bu sıklusa ‘Menstrual Siklus’ adı da verilir.

d) Vajina: Vulvayı uterusu bağlayan 8-10 cm uzunluktaki kas ve zarlardan oluşmuş boru şeklinde bir organdır. Vajina mukozası estrogen ve progesteron hormonlarına cevap verir ve Ph’sı asittir. Bu asidik ortam, enfeksiyonlardan korunmada etkilidir. Koitusun gerçekleştiği bu kanal menstrual kanın dışı akma yoludur ve doğumda fetusun dış ortama geçişi buradan sağlanır. Hymen vajinal açıklığı kısmen örten, elastik ince bir mukoz membrandır. Üzerinde menstrual kanın dışı akmasını sağlayacak delikler bulunur.

2.1.3. Pelvis Tipleri

Kadın üreme sistemi pelvis tabanı, kemik pelvis ve değişik pekçok ligamentlerle desteklenmektedir. Kemik pelvis linea terminalis adı verilen hayali bir çizgi ile ayrıldığında, üstünde kalan büyük kısım yalancı, altındaki küçük kısım gerçek pelvistir. Büyük pelvisin klinik olarak doğumda önemli bir rolü yoktur. Gebelikte 2. trimester ve sonrası uterusu destekler. Küçük pelvis doğum kanalına katıldığı için klinik olarak önemlidir. Mesane ve cinsel organlar bu kemik yapının içinde yer alırlar(19).

Vasalius 1543’te pelvik ölçüleri tarif ettikten sonra da, kadın doğum uzmanları, radyolog ve anatomistler tanımlarını sürdürmüşler, Turner 1886 yılında pelvis kavite şekillerini tanımlamıştır. Distoziler için önemli olan android tip ise 1940 yılında Thomas tarafından tanımlanmıştır(20,21). Caldwell ve Moloy 1940’lı yıllarda daha kabul edilebilir bir sınıflama yapmışlardır(22).

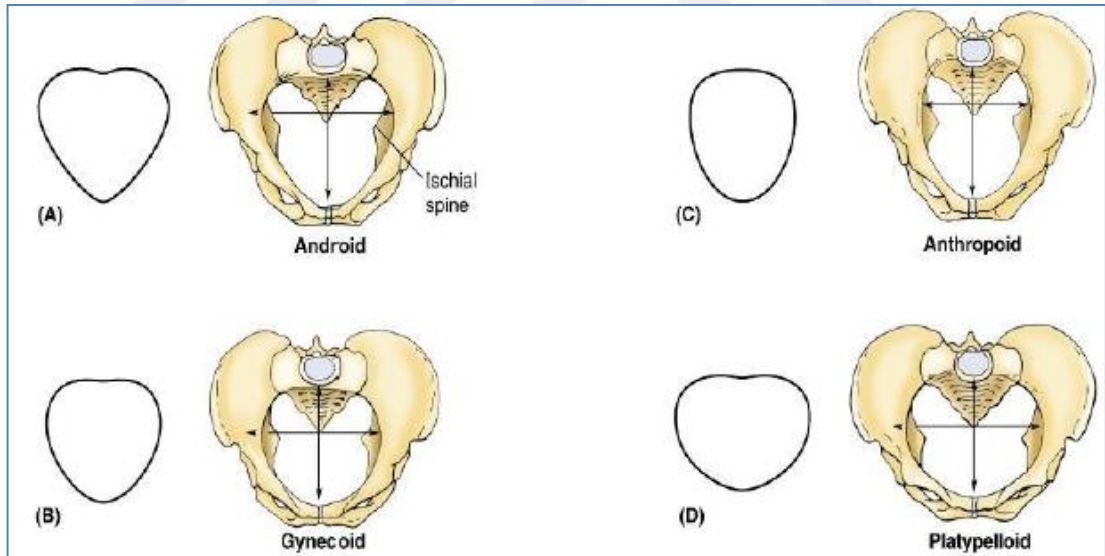
Pelvis tipleri esas olarak 4 çeşittir(Şekil 2),(23). Bu esas tipler yanında, bu esas tiplerden daha yaygın olan, ara ve karmaşık tiplerde bulunur. Transvers çapın ayırdığı ön ve arka segmente göre tanımlaması yapılır(24).

a) Android pelvis: Erkek pelvisine şekil olarak benzemektedir. Kadınların yaklaşık %20'sinde görülür. Pelvisin ön segment yapısı dar ve üçgen şeklindedir. Pubisin alt çatısı dardır ve sakrum konkvitesi silik haldedir. Doğum prognozu diğerlerine göre daha kötüdür.

b) Gynecoid pelvis: Jinekoid tip, yuvarlak kalp şeklinde kadın tipi pelvistir. Pelvik girim oval şeklindedir. Alt pubik açı büyüktür. Sakral kavitenin kavisi düzgündür. Normal doğum için uygundur.

c) Anthropoid pelvis: Giritimi oval, ön-arka çap transvers çapa göre daha uzundur. Orta pelvisin ve çıkımın ölçüleri vajinal doğuma uygundur.

d) Platypelloid pelvis: Gynecoid pelvisin yassılaşımış elips şeklini almış halidir. Giritimin transvers çapı ön arka çapa göre daha uzundur. Pubis arka açısı çok geniştir. Pelvis tipleri arasında en az görülenidir. Vajinal doğuma uygun değildir.



Şekil 2. Caldwell-Moloy sınıflamasına göre pelvis tipleri(23)

2.2. Gebelik Oluşumu ve Gebelik Fizyolojisi

Koitus sonrası erkek sperm hücresi genetik materyalinin, kadın ovum hücresine aktarılması ile oluşan 46 kromozomlu yeni hücreye “zigot”, bu olaya da “fertilizasyon” adı verilir. Tuba uterinaların ampulla kısmında oluşan zigotun,

buradan uterus kavitesine ulaşması ve uterusta doğuma kadar geçirdiği dönem gebelik sürecidir. Fertilizasyon sonrası 8 haftalık süre “ embriyonik dönem”, bu dönemden sonra doğuma kadar olan dönemse “fetal dönem” olarak adlandırılır(25).

Zigot ilk mitozu geçirdikten sonra “Blastomer” haline dönüşecektir. Blastomer 3-4 gün içerisinde 16 hücreli “morula” denilen yapıyı oluşturur. Bu yapı yaklaşık 7 gün içinde uterusu ulaşarak, burada implante olana kadar endometriumdan salınan sıvılarla beslenir. Morulada bir kısım yapısal değişiklikler olur ve içeriye giren bu sıvı, hücrelerin bir kısmını bir kenara yığarken, bir kısım hücre ise merkezde kalır. Bu yeni oluşan yapıya “Blastosit” adı verilir. Blastositteki kenar hücreler “trofoblast” olarak isimlendirilir ve süreç içerisinde plasenta, amniyon ve koryon zarlarını oluştururken, merkez hücreler “embrioblast” adını alır ve embrioyu oluşturur(25). Üçüncü ay ile doğum arasında yer alan dönemde fetusun vücudunda hızlı bir büyüme ve organlarda olgunlaşma görülür. Bu süreçte embriyonik evrede temelleri atılan tüm temel yapı ve organların büyümesi ve birbirlerinden farklılaşarak olgunlaşması gerçekleşir (26).

‘Habitus’ fetusun başının, kendisinin kolumna vertebralis ile olan pozisyon durumunu yansıtır. Bu pozisyon en fazla olarak fleksiyon şeklindedir. Fetusun kolumna vertebralis ile maternal kolumna vertebralis arasındaki ilişkiyi tanımlamak için ‘Situs’ terimi kullanılır. Her ikisinin de eksenini birbirine paralel ise situs longitudinalis, dik ise situs transversus, iki eksen birbirine açılı bir şekilde ise situs obliquus olarak adlandırılır. ‘Positio’ fetus sırtının uterus içerisinde hangi tarafta olduğu, aynı zamanda da kılavuz noktanın pelvisin dört kadranı ya da maternal pelvisin transvers çapı ile olan durumu için kullanılır. ‘Presentatio’ fetusun pelvis girimine en yakın olan vücut bölümünü ifade eder ve bu en fazla baş şeklinde olmaktadır.

Gebelikle beraber kadın bedeninde fizyolojik, immünolojik, psikolojik ve biyokimyasal olarak pekçok değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler genelde fetus ve plasentanın oluşturduğu uyarılara cevap niteliğindedir ve doğum sonrasında 1,5 – 2 ay içerisinde normale geriler(25,27,28). Gebelikteki fizyolojik değişiklikler genellikle gebelik esnasında meydana gelen metabolik ihtiyaçların sağlanmasına yönelik adaptasyonlar şeklindedir. Bu değişikliklerle, anne ve fetus gebelik ve doğum esnasında bazı risklerden korunur ve fetal büyüme ve gelişme sağlanır(29).

Gebelik obstetrik olarak ; 0-14 hafta arasındaki 14 haftalık süreç olan “ilk trimester”, 15-27 haftalar arasındaki 13 haftalık dönem “ikinci trimester” ve 28-40 haftalar arasındaki 13 haftalık süreçte “üçüncü trimester” olarak üç dönemde incelenir.

Gebelik süreci boyunca, anne adayının kan hacmi % 40-50 oranında artar. Beyaz küre sayısı çoğalır ve miada yakın 15 -20 binlere kadar ulaşabilir. HPL, estrojen ve progesteron hormonları etkisi ile insülin sekresyonu artar. Kan yağlarının hem dağılımı hemde toplam düzeyi değişir. Kan yağlarından TG, total kolesterol, VLDL, LDL ve lipoproteinler artar. Diafragma yükselir, dakikadaki ventilasyon sayısı ve oksijen tüketimi artar. Her iki böbrekte %30 hacim artışı olur. Glomerüler filtrasyon hızı (GFR) %50, renal plazma akımı %25-50 artar ve günlük idrar hacmi %25 artmıştır. Kilo artışı olur, fakat artan kilo sadece sıvı artışından kaynaklanmaz. Fetus 3500 gr, plesanta 500 gr, amnion sıvısı 800 gr, uterus 1000 gr, kan hacmi 1500 gr, maternal yağ birikimi 3200 gr, interstisyel sıvı 1500 gr, meme dokusu 500 gr şeklinde kilo artışı oluşturur. Sindirim sisteminde GİS motilitesi azalır, gastrik asit salınımı artar. Hiperventilasyon, mide boşalmasında uzama, kabızlık, safra kesesi motilitesinde azalma olur. Uterus 1000 gr ağırlığına kadar ulaşır. Gebelik boyunca ovulasyon olmaz. Deride koyulaşma ve gebelik çatlakları, spider anjiomlar, nevüsler oluşabilir. Memelerde dolgunluk ve hassasiyet gelişir. Meme başı koyulaşır ve büyür. Sekizinci haftadan sonra meme daha lobule bir hal alır(29). Her üç trimesterde de kendine özgü olarak, gebenin psikolojik durumunda da değişimler ve dalgalanmalar gözlenebilir.

2.3. Gebelik Takip ve İzlem Protokolleri

Gebelik izlemi, gebeliğin planlanması aşaması ile başlayan, sağlıklı sürdürülüp sorunsuz bir şekilde doğumu hedefleyen, gebeye lazım olan her türlü tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru bir şekilde, dikkatlice ve akılcı uygulamalarla gerçekleştiren kapsamlı bakım sürecidir(30). Gebelik takiplerinin amacı annelerin daha sağlıklı bebeklere sahip olmalarını sağlamaktır(31). Bu bakımın sosyal eşitlik ilkesi gözetilerek, kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda yaygın olarak sağlanması çağdaş tıp felsefesinin ana amaçlarından biri olmalıdır(32).

Ülkemizde sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamakta görev yapan ebe ve doktorlar, gebelik takiplerini çok uzun yıllar gerçekleştirerek önemli bir görev üstlenmişler ve bu konuda sorumluluk almışlardır. 2010 yılı itibarıyla ülke çapında geçişin tamamlandığı aile hekimliği uygulamasında da her gebeden sorumlu bir doktor ve bir aile sağlığı elemanı bulunmaktadır(33). Gebelerin izleminden elde edilebilecek yararın büyük kısmının, uygulanan fizik bakı ve laboratuvar testleri kadar, gebelerin gebelik, doğum, lohusalık ve emzirme konularında bilgi düzeylerinin artırılması olduğu düşünülmektedir(34). Bu bağlamda aile sağlığı merkezlerinin gebe kadınlara bu konularda asgari düzeyde bilgi sağlaması, gebelik bakımının standardizasyonu için etik ve yasal bir zorunluluk olarak belirlenmiştir(35). Günümüzde sağlık profesyonelleri tarafından, gebelik sürecinde uygulanan bakım protokollerinin ve verilen sağlık hizmetlerinin anne ve bebek ölümlerini önemli ölçüde azalttığı kanıtlanmıştır(36,37,38).

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliğinin tüm ülkede uygulanmaya başlaması ile, daha önce daha çok ebeler üzerinden yürütülen bağışıklama, gebe ve bebek izlemlerinin sorumluluğu doğrudan aile hekimlerine verilmiştir. Aile hekimi, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, sağlık açısından ortaya çıkabilecek riskler, mevcut sağlık şartları, psiko-sosyal çevre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Birinci basamak aile hekimliklerindeki gebe izlem protokollerinde, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın “ Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” nin kılavuz olarak alınması istenmektedir. Bu kılavuza göre gebeler belli dönemlerde ve toplamda en az 4 kez izleme tabi tutulmalı ve her izlemde, o izlemdeki gebelik dönemi için uygun görülen izlem protokolleri yerine getirilmelidir. Ayrıca riskli gebeliklerde, gebeler riskli gebelik protokolleri çerçevesinde daha sık izlem ve değerlendirmeye tabi tutulmalıdır(12). Rehberlerin uygulanması ile her gebenin en az 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere 6 lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir.

Ülkemizde doğum öncesi bakım sayısına ilişkin farklılıklar küçüktür. Kırsal alandaki kadınların % 84'ü, kentsel alandakilerin ise % 91'i 4 veya daha fazla sayıda doğum öncesi ziyaret yapmıştır. Anne ölümü, önemli bir sağlık parametresidir. Türkiye'de doğumların neredeyse tümü bir sağlık kurumunda (2018 TNSA'a göre canlı doğumların %99'u) gerçekleşmektedir (39).

2.3.1. Birinci Basamak Aile Hekimliklerinde Gebelik İzlemleri

a) Birinci Gebelik İzlemi : Gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde gerçekleştirilmeli ve bu izlemde gebeye 30 dakika zaman ayrılmalıdır.

İletişim; gebe ve/veya aile yakınları ile uygun ve etkili bir dialog oluşturabilmek için, genel iletişim kuralları göz önüne alınarak ve pratiğe aktararak etkin bir iletişim kurulması sağlanmalıdır. Uygun bir iletişim süreci, gebeyi nazikçe karşılama, ismi ile hitap etme, mahremiyeti sağlama, beden dilini kullanma, yüz yüze görüşme ve göz teması kurma, uygun mesafeyi ayarlama ve soru sormasına müsaade etme gibi uygulamalar içerir.

Öykü alma; kişisel bilgiler, sosyodemografik özellikler, soygeçmişle aile öyküsünde kalıtsal hastalıkların varlığı, sigara, alkol, uyuşturucu alışkanlığı, tıbbi öykü ile CYBE öyküsü, kronik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, talasemi taşıyıcılığı, allerjileri, ameliyatları, tetanoz toxoid immünizasyonu, kullandığı ilaçlar, infertilite durumu ve gördüğü tedaviler sorgulanır. Obstetrik öyküde gravida ve parite durumları yaşayan çocuk sayısı ve bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi alınır. Bu gebeliği ile ilgili SAT, beklenen doğum tarihi ve gebelik yakınmaları, gebelik tehlike işaretleri belirlenir.

Fizik muayene (FM); boy, kilo, TA, nabız, anemi bulguları, kalp göğüs oskültasyonu, gebelik haftası ile uterus büyüklüğü uyumu, semptomatik CYBE bulgusu olup olmadığı değerlendirilir. Fetus kalp sesleri (10-12. haftadan itibaren el doppleri ile duyulabilir) dinlenir. Gebenin risk değerlendirmesi yapılır. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda, gerekirse sevki gerçekleştirilir.

Laboratuvar testleri; TİT, kan tetkikleri istenir. Kan grubu tayini yapılır. Glukoz, TSH, HbsAg bakılır. TORCH enfeksiyonları araştırılır.

Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler; Anemi saptanırsa demir başlanır. Anemi yoksa 16. Gebelik haftasından itibaren demir, 12. Haftadan

itibaren 1200 IU günlük tek doz D vitamini preparatı başlanır. Tetanoz bağışıklaması 12.haftadan itibaren yapılabilir. İlk gebelikte doğumdan 15 gün öncesine kadar tamamlanmak üzere en az 2 doz tetanoz aşısı uygulanmalıdır. Bağışıklığı yoksa Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışıklanması, 2. veya 3. trimestirde grip sezonunda grip aşısı yapması önerilir. Gerekirse idrar kültürü yapılır. Tedaviye cevap vermeyen İYE sevkedilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık; yorgunluk, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, memelerde hassasiyet, vajinal akıntı, kolostrum salınımı, toprak vb. yeme konularında bilgilendirme yapılır. Beslenme ve diyet, fiziksel aktivite, gebelikte cinsel yaşam, ağız ve diş sağlığı, sigara alışkanlığı, ilaç kullanımı, Tetanoz toxoid immünizasyonu, gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, konvülziyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü, sık solunum, suyunun gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme) konularında da danışmanlık verilerek gebe ve ailesi acil durumlarda izleyecekleri yöntem konusunda bilgilendirilir.

Sevk edilecek durumlar; gebenin risk değerlendirmesinde tek bir risk bile saptanmışsa gebe, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimi bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu, önerisi doğrultusunda, izlemler birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı arttırılır. Hemoglobinin 7 gr/dl altında olması, kanama ve lekelenme varlığı, preeklampsi belirtileri, HT ve/veya proteinüri, uterus yüksekliğinin gebelik haftasına göre büyük ya da küçük olması (± 4 cm), gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması, tedaviye rağmen geçmeyen bakteriüri, tehlike işaretlerinin varlığı, çoğul gebelik şüphesi, gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı başlıca risk durumlarını oluşturur. Sevk edilen hastanın sevk edildiği kuruma gidip gitmediği takip edilmeli, ikinci basamakla koordineli olarak gebenin takipleri yapılmalıdır. Yapılan izlemlerin kayıt altına alınması; gebeye yapılan tüm izlemler kayıt altına alınmalıdır. Gebeye iletişim için ulaşabileceği telefon numaraları, bir sonraki izlem tarihlerini içeren randevu kartı düzenlenmelidir.

b) İkinci Gebelik İzlemi : Gebeliğin 18-24. haftaları arasında yapılır ve izlem için 20 dakika ayrılır. Birinci izlemden elde edilmiş tüm kayıt ve bilgiler tekrar

gözden geçirilir. FM yapılır. Laboratuvar testleri tekrarlanır. Obstetrik USG yapılması sağlanmalıdır. Başlanmış ilaç destekleri ve bağışıklama durumu kontrol edilir. Bilgilendirme ve danışmanlık konularına fetus hareketlerinin hissedilmesi ve hızlı kilo alımı eklenir. Sevk edilecek durumlar incelenir ve izlem kayıt altına alınır.

c) Üçüncü Gebelik İzlemi: 28-32.haftalar arasında gerçekleştirilir ve 20 dakika zaman ayrılır. Önceki izlemlere ilaveten, doğum eylemi ve doğum, doğumun nerede ve kimler tarafından yapılacağının planlanması, anne sütü ve emzirme, pospartum aile planlaması danışmanlığı konularında bilgilendirme ve danışmanlık verilir.

d) Dördüncü Gebelik İzlemi: Doğumdan önceki son işlem 36-38.haftalar arası yapılır ve izleme 20 dakika ayrılmalıdır. FM’de yaygın ödem kontrolü yapılır. Bu dönemdeki ayaklardaki ödem hidrostatik basınçla ilişkiliyken, eller ve göz kapaklarında ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir. Önceki izlemlerdeki prosedürler aynı şekilde tekrar edilir. Üçüncü izlemde olduğu gibi doğum eylemi ve doğum, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması konuları netleştirilmelidir(12).

2.4. Doğum Eylemi

Doğum olayı, türün devamlılığını sağlayan en önemli yaşamsal eylemdir. İdeal obstetrik uygulamalarda hedef, gebelerin doğuma kadar yeterli, uygun ve düzenli izlemlerle takip edilerek, sağlıklı olarak terme ulaşması ve doğumda da anne ve bebekte bir morbidite ve mortalite gelişmeden bebeğin dünyaya getirilmesidir.

Bu klinik süreçte, uterusu giderek artan ve şiddetlenen kontraksiyonlar, serviks dilatasyonuna neden olur ve fetus ve eklerinin dışarı atılması olayını gerçekleştirir. Doğum; fetusun, fetal membranların, umbilikal kordun dışarı atıldığı fizyolojik bir süreçtir(40). Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre, 20. Gebelik haftasından sonra düzenli, şiddeti gittikçe artan uterin kasılmalarla birlikte servikal silinme ve açılmanın olması sonrasında fetus, plasenta, kordon ve eklerinin uterusu dışarı atılması, doğumun genel tanımıdır(41).

Normal doğum eyleminin, termde (37-42.hafta), kendiliğinden başlamış olan, fetusun vertex pozisyonunda geldiği, baş pelvis uyumsuzluğu gözlenmeyen, en az

3 saat ve en fazla 18 saatte vajinal yoldan doğan canlı ve sağlıklı bir fetus ve doğumu yapan sağlıklı annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir(42).

2.4.1. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesinde Önemli Etkenler

- Doğum kanalı (doğum yolu)
- Doğum objesi (fetus)
- Doğumda etkili olan güçler (uterin aktivite)
- Doğum pozisyonu (prezentasyon)
- Annenin fiziksel ve emosyonel durumu(25,43,44,45,46).

2.4.2. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eyleminde miyometrum ve servikte, sonucunda tam bir servikal açıklığa ve fetusun itilerek doğumuna kadar sürecek bir eylemler dizisi, belli bir sıra ve düzen içinde gerçekleşir. Nulliplarlarda bu evreler, multiparlara göre daha yavaş ilerler

a) Doğumun birinci evresi; Düzenli doğum kontraksiyonları ile başlar ve servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Birinci evre travayın en uzun evresidir ve nulliplarlarda ortalama 8-12 saat, multiparlarda 6-8 saat sürmektedir. Kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazı olarak 3'e ayrılır(25).

I. Latent faz: Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlayan efasman, nulliplarlarda %70-80, multiparlarda %30-40, dilatasyon her iki grupta da 3 cm olduğunda tamamlanır. Kontraksiyonlar 15-20 dakika aryla gelip ortalama 15-20 saniye sürer ve hafif şiddettedir. Latent faz güçlü ve düzenli uterus kontraksiyonları olmasına rağmen daha yavaş bir servikal dilatasyon hızı ile karakterizedir (45,48,49).

II. Aktif faz: Bu faz, dilatasyon 4 cm olduğunda başlar ve 7-8 cm olduğunda tamamlanır. Efasman nulliplarlarda %80-100, multiparlarda %30-80'dir. Kontraksiyonlar 3-5 dakika aryla gelip, ortalama 30-60 saniye sürer ve orta şiddettedir (44,47,50,51,52). Bu fazda hızlı bir servikal dilatasyon vardır(45).

III. Geçiş fazı: Dilatasyon 8 cm olunca başlar ve 10 cm'le tamamlanır. Efasman %100'dür. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip, ortalama 60-90 saniye sürer ve şiddetlidir. Bu dönemin nulliplarlarda 3 saatten, multiparlarda 1 saatten fazla sürmesi beklenir(25,46,49,50,51).

b) Doğumun ikinci evresi; Servikal dilatasyonun tamamlanmasından fetusun doğumuna kadar geçen süreyi kapsar. İkinci evre hem fetal hemde maternal faktörlere bağlı olarak birkaç dakikadan birkaç saate kadar uzayabilmektedir. Nulliparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise sadece birkaç kontraksiyon süresince ve en çok 30 dakika devam eder. Kontraksiyonlar 1,5-2 dakika sıklıkla gelir, 60-90 sn sürer ve şiddetlidirler(25,46,49,50,52).

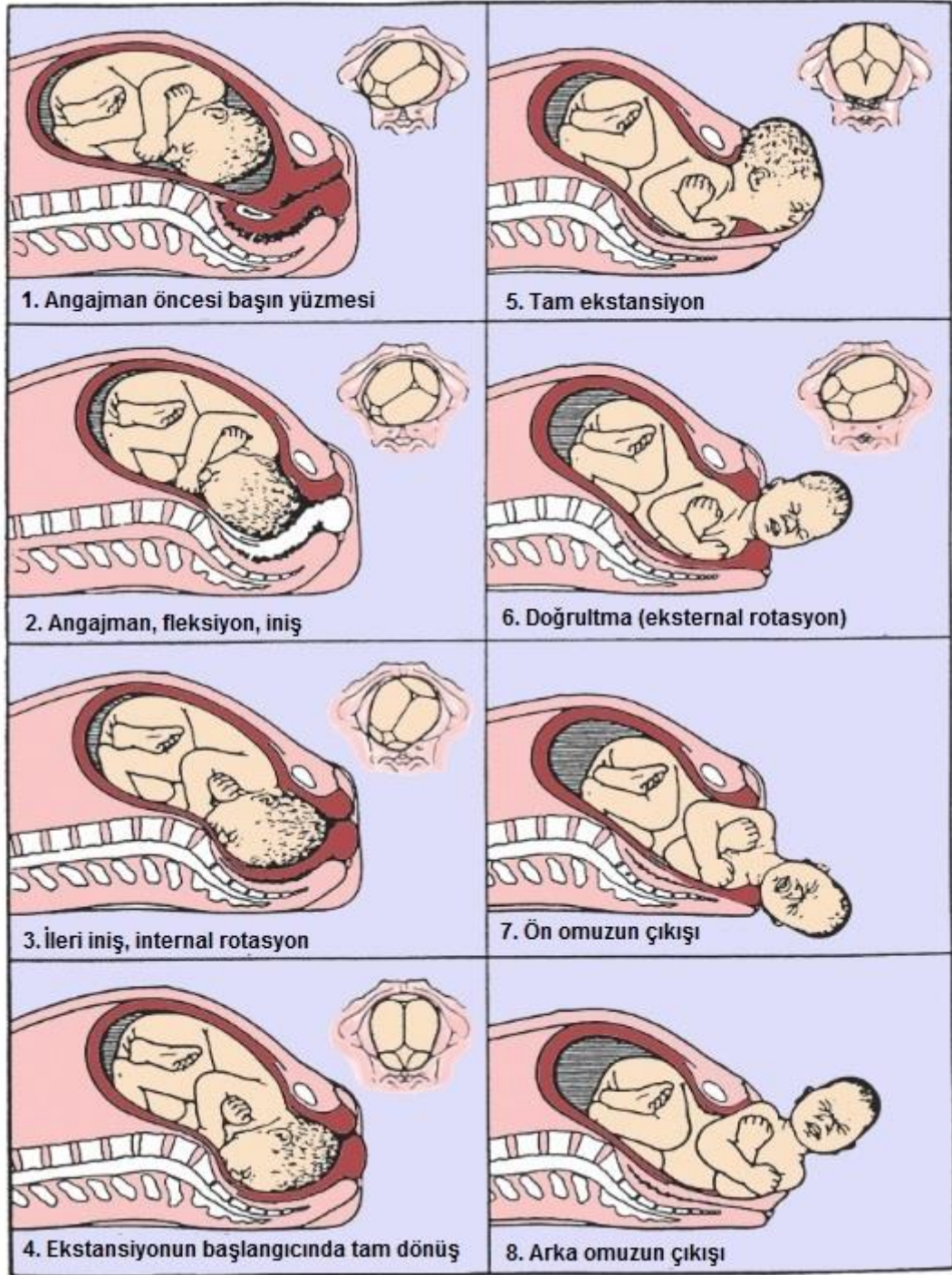
c) Doğumun üçüncü evresi; Fetusun doğumu ile başlar ve plasentanın çıkışı ile nihayetlenir. Ortalama 5-10 dakikalık bir süresi vardır. Bu sürenin 30 dakika üzerinde olması plasenta yerleşim anomalilerinin, plasenta retansiyonunun ve bunlar nedeni ile gelişebilecek enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabilmesi açısından önemlidir(25,46,49,50,51,52).

d) Doğumun dördüncü evresi; Plasentanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saati içermektedir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da isimlendirilir(25,46). Aslında tüm bu doğum eylemi silsilesi, birbirinden kopuk olmayan ve ardı sıra gerçekleşen fizyolojik, anatomik ve hormonal düzenlemeler bütünüdür.

2.4.3. Doğumda Fetusun Kardinal Hareketleri

Doğum eyleminin önemli bileşenlerinden birisi de, fetusun tüm bu süreçte karakteristik pozisyonunu alarak, belli hareket dizisini gerçekleştirebilmesidir.

- 1.) Angajman / Yerleşme
- 2.) Desensus / İniş
- 3.) Fleksiyon
- 4.) İnternal Rotasyon
- 5.) Ekstansiyon
- 6.) Eksternal Rotasyon
- 7.) Ekspulsiyon(Şekil 3), (47).



Şekil 3. Fetusun kardinal hareketleri (47).

Angajman fetal başın en geniş yan çapının, pelvik kemik çatı girimini geçmesine verilen addır ve doğumun ilk hareketidir. Doğum ilerlerken fetus doğum kanalı içinde aşağıya doğru ilerler. İniş hareketi doğumun ikinci hareketidir ve iniş devam ederken bebeğin doğum yolunda bulunduğu yer muayenelerle değerlendirilir.

Fleksiyon hareketi uterus kontraksiyonları ile olur ve fetusun kafasını öne doğru eğmesi ile mentumun göğüste olması durumunu ifade eder. İnternal rotasyona geçildiğinde fetus fleksiyondaki başını öne doğru çevirmeye başlar, bu şekilde fetal başın en küçük çapı pelvisin en küçük çapına girer. Fetusun başı oksipital kısmının normalde durduğu transvers pozisyonundan symphysis pubise doğru 90° lik dönüş gerçekleştirir. Bu hareket oksiputun öne, symphysis pubisin altına girmesiyle biter(25,44). Fetal başın yukarı kaldırılması yani ekstansiyon doğumun beşinci hareketidir. Pelvis kemiklerinden geçebilmek için bu hareketi yapar ve taçlanır. Gebe bu aşamada doğum için masaya alınır. Bebek başı dışarı çıktıktan sonra, bebek başını sağa ya da sola çevirir ve bu şekilde eksternal rotasyon hareketiyle kolay doğum olur. Bu hareket sonrası omuz dışarı çıkar. Ekspulsiyon yani fetusun dışarı atılmasında doğumu yaptıran kişi önce ön omuzu aşağı doğru çekerek doğurtur. Sonra yukarı kaldırarak arka omuz çıkarılır (25,44,53,54). Gövde ve ayaklarda çıkarılarak doğumun esas hareketlerinin tamamlanması ile bebeğin doğumu son bulur ve doğumun ikinci evresi tamamlanır (55).

2.4.4. Doğum Eyleminin Medikalizasyonu

Milattan sonra 1800’lü yıllara kadar, kadınlar yüzyıllardır olduğu gibi sorun olmadıkça bebeklerini doğal bir şekilde kendi evlerinde doğuruyorlardı. Doğuma o zamanlar örgün eğitim almamış, kişisel deneyimleri ile destek veren bilge olarak tanımlanan ebe kadınlar yardım ediyordu. Bilgi kaynağı olarak başvurulmuş 16. yüzyıla ait bir doğum kitabında, doğum yapan kadının ihtiyaç ve duygularının farkında olunması, kolay bir doğum için kadının zihin gücünün kullanılması gerektiği savunulmuştur (56-58). Doğum eylemini kolaylaştıran ve doğum sancısını azaltan bazı gelişmeler yine 1800’lü yıllarda ortaya çıkmış, forseps kullanımı başlamıştır. İlk kez kraliçe Victoria’ya doğum ağrısını azaltmak için kloroform uygulanmış, bu uygulama da doğum olayının evlerden daha çok hastanelerde ve ebelerden çok doktor kontrolünde gerçekleşmesinin önünü açmıştır (58).

Tıbbi gelişmelerle beraber, zaman içinde doğum olduğundan fazla riskli bir süreç olarak kurgulanarak, gereksiz müdahalelere maruz bırakılmıştır. Aşırı ve gereksiz uygulamalarla reçete edilmiş doğumlar ortaya çıkmış, kadınlar gebeliklerini risk ve belirsizlik dolu, problemlili, ağrılı, acılı bir olay olarak algılayarak medikal

bakış açısı ile görmeye başlamışlardır. Geçmiş yıllarda doğum, annenin çaba ve başarısını ortaya koyduğu, annelik rolünün gerçekleştiği, kutlanması gereken bir olay olarak algılanırken, yeni uygulamaların sonucunda tıbbın kontrolünde gerçekleşen, kadınların pasif bir rol üstlendiği, hizmet alıcı ve hasta rolüne büründükleri bir olay olarak görülmeye başlamıştır(56-59).

Ülkemizde de Osmanlı'nın son dönemlerinde gebelik ve doğum, biyolojik bir fonksiyon değil politik bir mesele olarak ele alınmış ve nüfus politikalarının önemli bir kısmını oluşturmuştur. Gebeliğin doğal seyrinden kopararak, hekim tarafından denetlenmesi gereken bir tıbbi süreç olarak kabul edilmesi "tıbbileştirilme" kavramını açıklamaktadır. Gebelik her ne kadar bir hastalık süreci olmasa da, hekim kontrolünün gerektiği bir dönem olarak görülmüştür. 1892'de ilk Kadın Doğum Kliniği olan "Viladethane" açılmıştır(60,61). Ondokuzuncu yüzyılın son yıllarında pratik bilgiler içeren ve içeriğinde nasihatlar barındıran gebelik ile ilgili el kitapları çıkmıştır. Doğacak çocuğun sağlığı, annenin sıhhatine bağlıdır anlayışı nedeniyle anne bedeninin gebelikte terbiye edilmesi önemli kabul edilmiştir. Kısaca; gebeliğin tıbbileştirilmesi, kadın için değil, toplum sağlığı için anlayışı benimsenmiştir (61).

Maternal ve fetal endikasyonlar varlığında doğum eylemini daha güvenli gerçekleştirebilmek ya da hızlandırmak için bir takım tıbbi girişimlerin ve bazı yöntemlerin kullanılması, müdahaleli doğum kavramını oluşturur. Bu endikasyonlar başlıca annenin etkin olarak doğum eylemine katılamadığı, ıkınamadığı, tükendiği durumlar ya da anne ve bebek açısından tıbbi zorunluluk olduğu durumlardır (62). Buna rağmen yinede, uygulanan her türlü müdahalelerin, anne ve yenidoğan morbidite ve mortalite riskini arttırdığı bilinmektedir (3,63,64). Bu müdahaleler uzun vadede kadının sağlık ve refah seviyesini düşürmektedir ve posttravmatik semptom görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (65).

Bu müdahalelerde kullanılan başlıca yöntemler;

- epizyotomi
- oksitosin indüksiyonu
- amniyotomi
- forseps ve vakum uygulaması
- elektronik fetal monitörizasyon (EFM)
- litotomi pozisyonu

- lavman uygulanması
- perine traşı
- sık vajinal muayenedir (1,66).

Sezaryen de, doğum eylemine uygulanan “cerrahi bir müdahale” dir. Sezaryen bir doğum yöntemi değildir. Günümüzde endikasyon olmaksızın, isteğe bağlı sezaryen oranları giderek artmakta ve sürekli artan sezaryen, neredeyse vajinal doğumun yerini almaktadır.

2.5. Sezaryen

Sezaryen; fetus ve eklerinin 28.gebelik haftasından itibaren abdominal ve uterin duvara yapılan cerrahi insizyon yoluyla doğurtulması işlemidir(1). Anne ve bebek için bazen yaşam kurtarıcı olan sezaryen, günümüzde gerçek endikasyonları dışında kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar, sezaryen uygulamalarında klinik yararlarının öncelikli olmadığına işaret etmektedir. Bir kez sezaryen olmanın daha sonraki gebelikler için de sezaryen olmayı gerektirdiği yanlış bir inançtır ve gerçekleşen sezaryenlerin büyük kısmı tekrarlayan sezaryenlerdir (67).

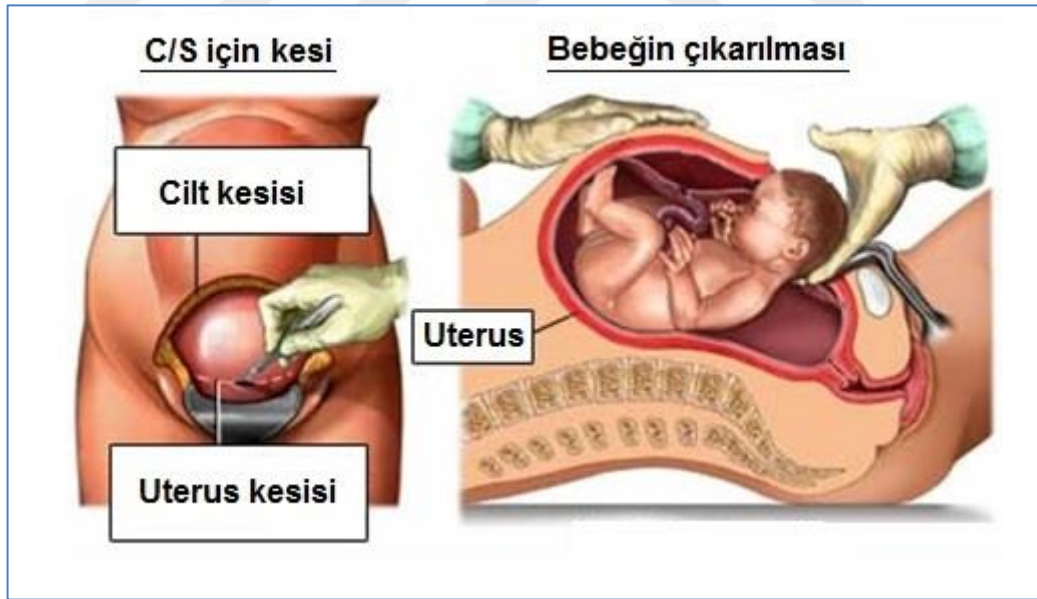
2.5.1. Sezaryene Ait Kısa Tarihçe

Sezaryen ile doğuma dair bilgiler tarihin çok eski dönemlerine uzanmaktadır ve hem batı hem de doğu kültürlerinde bu girişim sonrası hayatta kalabilmiş anne ve bebekleriyle ilgili hikayeler vardır. Yunan mitolojisinde, antik Hindu, Mısır, Roma ve diğer Avrupa halk edebiyatlarında da sezaryenle ilgili anlatılara rastlanmaktadır. Ancak sezaryen tarihçesinin hem başlangıcının hem de isminin kökeninin gerçeklerden çok efsanelere dayandığı söylenebilir. En yaygın inanış, Jül Sezar’ın (Julius Caesar) doğum şeklinden kaynaklanmasıdır (68,69).

Sezaryen ile ilgili ilk yasa “lex regia” (M.Ö 750) olarak bilinir ve ilerlemiş gebeliği olan bir kadının ölümü halinde, bebeğin annenin karnı yarılarak doğurtulmasını, eğer bebekte ölürse annesinden ayrı gömülmesini öngören bir yasadır. Bu yasa daha sonra “lex caeserea” olarak adlandırılmıştır. Sezaryen ile yaşayan ilk bebeğin doğurtulması M.Ö 508 yılında Sicilya’da gerçekleşmiş ve kayıtlara girmiştir. İngiltere’de Mary Donally adlı ebe tarafından yapılan sezaryende anne ilk kez hayatta kalabilmiştir. Yine bu ülkede 1779’da James Barlow adlı cerrah

tarafından yapılan sezaryende de anne ölmemiştir. Fransız cerrah Lebas 1769'da ilk defa uterin insizyonu kapatmak için suture kullanmıştır. 1876'da Porro ve 1882'de Sanger'e ait yayınlarla uygulanmaya başlanan subtotal sezaryen histerektomi ve sezaryene ait uterus defektinin suture edilmesi uygulamaları ile daha önceleri %50 ile %85 arasındaki mortalite ve yüksek morbidite oranları önemli ölçüde azalmıştır (70).

Modern anlamda ilk sezaryen 1881 yılında Alman jinekolog Ferdinand Adolf Kehrer tarafından gerçekleştirilmiştir. Tarihçesine bakıldığında hemen daima "ölü bir anne ve ölü bir fetusla" sonuçlanan bu operasyon, artık hemen daima "canlı bir anne ve canlı bir bebekle" sonlanan ve hayat kurtaran bir operasyona dönüşmüştür(68,69). Bugün genelde yaygın olarak transvers (kerr) ve daha az olarak vertikal (kronig) alt segment insizyonları en çok kullanılan insizyon çeşitleridir. Birçok suture çeşidi mevcuttur. Ancak en çok kromik ve poliglaktol sutureler kullanılmaktadır(70-72). Sezaryen ameliyatı, esas olarak annenin abdominal alt bölge katmanları ile uterusuna yapılan kesi sonrası, bebeğin bu insizyon yerinden elle dışarı alınması, elle çıkartılmasıdır (Şekil 4), (73).



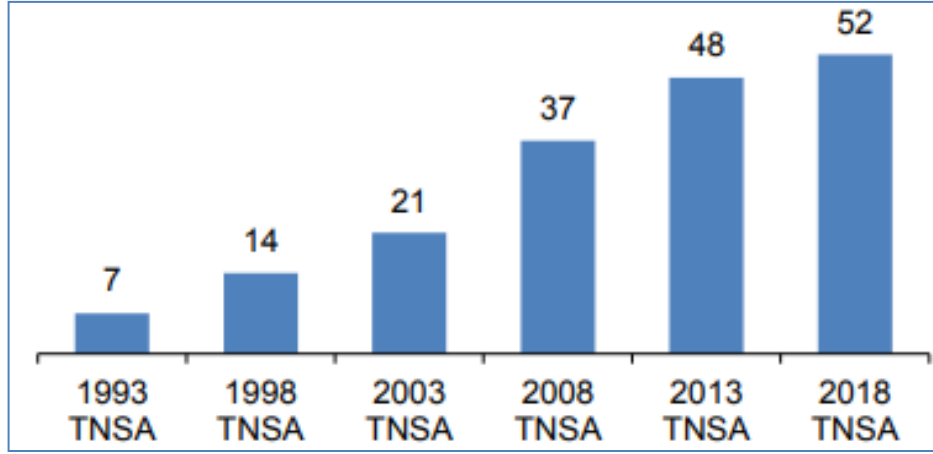
Şekil 4. Sezaryen Operasyonu (73)

2.5.2. Sezaryen Oranlarındaki Hızlı Artış

Sezaryen gerçek bir endikasyon ve zorunluluk durumunda maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi engelleyebilir. Fakat doğumların çoğu için sezaryen doğum, normal vajinal doğumla kıyaslandığında, avantajlarından daha fazla olası sağlık riskleri içermektedir. Günümüzde güvenli uygulanan bir cerrahi uygulama olmasına rağmen yinede majör bir girişimdir ve belirgin bazı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Sezaryen operasyonu maternal, perinatal mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (74).

Dünya’da ve ülkemizde sezaryen doğum uygulamaları büyük bir hızla artış göstermektedir. Sezaryen için geçerli olan kanıtlanmış, kabul edilmiş tıbbi endikasyonlar, giderek artan sezaryen doğum oranlarını tek başına izah etmekte yetersiz kalmaktadır. Temelde sezaryen sayısında artış nedenleri; endikasyonların geniş tutulması, hasta isteği, sezaryenli kadın sayısında artış ve doğum hekimlerince doğumun zamanlaması ve süresinin kendilerince belirlenebileceği düşünceleri şeklinde sıralanabilir (8). Yine artış nedenleri arasında; evlilik yaşının büyümesi, gebeliklerin daha ileri yaşta ya da tedavi ile gerçekleşmesi, daha az sayıda çocuk sahibi olma isteği, infertilite sorunlarının varlığı, “Riskli Gebelik” ve “Kıymetli Bebek” kavramlarının ortaya çıkması yer almaktadır(75). Günümüzde eski sezaryenli hasta sayısının artması, tekrarlayan sezaryen operasyon sayısının ve buna bağlı risk artışına katkıda bulunmaktadır (76).

Optimal sezaryen hızı, altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği kabul edilen rakamlardır ve % 15 olarak benimsenmiştir(8). Ülkemizde bildirilen sezaryen doğum oranları DSÖ’nün “2000 yılında herkese sağlık” hedefleri kapsamında önerilen % 15 oranından çok fazladır(7). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de 1993’te % 7 olan sezaryen doğum oranları, 1998’de % 14 oranı ile iki katına çıkmıştır ve bu oran her sene giderek artmaya devam ederek, 2003 yılında %21, 2008’ de %37, 2013’te % 48 ve 2018’de %52 değerlerine ulaşmıştır (şekil 5), (39).



Şekil 5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) Göre Türkiye'de Yıllara Göre Sezaryen Doğum Oranları (39)

Türkiye'de 2018 yılı sezaryen doğum oranı %52 dir. Bu doğumlarda sezaryen kararının %38'i doğum sancıları başlamadan önce , % 14'ünde ise doğum sancıları başladıktan sonra verilmiştir. Planlanmış sezaryen oranıyla karşılaştırıldığında, planlanmamış sezaryenlerin yüksek olması, sezaryen doğumların büyük kısmının zorunlu veya gerekli olmadığına işaret edebilir (39).

1

2.5.3. Sezaryen Endikasyonları

Doğumun geciktirilmesinin anneyi, fetusu ya da her ikisini birden tehlikeye atacağı düşünülen ve vajinal doğumun güvenli olarak gerçekleştirilmesinin mümkün olmadığı durumlar sezaryen endikasyonu oluşturmaktadır(77). Zaman içinde sezaryen endikasyonlarında değişiklikler olmuştur ve önceleri anne hayatını kurtarmak için yapılan operasyon için, bugün fetal nedenler ağırlık kazanmıştır.

Sezaryen endikasyonları başlıca 4 grupta incelenebilir;

1) Fetusu ait endikasyonlar

- Situs ve prezentasyon anomalileri
- Fetal distress
- Postterm gebelik
- Çoğul gebelik
- Fetal anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

2) Anneye ait endikasyonlar

- Önceki sezaryen ile doğum öyküsü veya uterin cerrahi öyküsü

-Uterin kontraksiyon yetersizliği
-Eylemi engelleyecek sistemik hastalık öyküsü (kalp hastalığı, psikiyatrik hastalık vb.)

- Ağır preeklampsi ya da eklampsi
- Doğum kanalını tıkayan tümörler ve neoplastik hastalıklar
- Aktif herpes genitalis, HIV

3) Plasenta ve eklerine ait endikasyonlar

- Kordon komplikasyonları; kordon prezantasyonu, kordon sarkması
- Plasenta inversiyon anomalileri; Vasa previa
- Ablasyo plasenta
- Plasenta previa ve morbid adheran plasenta

4) Travay veya doğuma ait endikasyonlar

- Baş ve pelvis uyumsuzluğu
- Uzamış eylem, başarısız indüksiyon
- Fetal makrozomi

Bu endikasyonlar içerisinde günümüzde belkide en yaygın olanı “önceki sezaryen doğum öyküsü” olarak gözükmeğtedir.

2.5.4. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları

Sezaryenle doğumun riskleri şu şekilde sıralanabilir (78).

Erken dönem

- 1) Anestezi riskleri
- 2) Kan kaybı
- 3) Mesane ve barsak yaralanmaları
- 4) Amnion embolisi
- 5) Bebeğin yaralanması (%1)

Postoperatif dönem

- 1) Enfeksiyon
- 2) Kanama
- 3) Neonatal respiratuar distres sendromu

Sonraki gebelik dönemi

- 1) Plasenta previa
- 2) Uterus rüptürü

3) Tekrarlayan sezaryenin riskleri

Diğer

1) Adezyonlara bağlı infertilite

2) Barsak obstrüksiyonu

3) Kronik pelvik ağrı

Sezaryen, kısa vadede annede ağrı, enfeksiyonlar, iyileşme güçlüğü, emzirme sorunları ve anne bebek ilişkisinde gecikme gibi sorunlar doğurabilir (4). Aynı zamanda cerrahi operasyona bağlı; transfüzyon ve histerektomi ile sonuçlanan kanama, komşu organlarda yaralanma, ameliyat sonrası ileus, emboli ve anne ölümü gibi komplikasyonların görülme olasılığı da yüksektir (3,4). Sezaryen ile doğumda normal vajinal doğuma oranla 4,9 kat artmış risk söz konusudur. Elektif sezaryende 2,3 kat, acil sezaryende ise 12 kat artmış anne ölüm riski mevcuttur (79).

Sezaryene bağlı komplikasyonlar, annede mortalite oranlarının ve hastanede kalış süresinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca tıbbi endikasyon olmaksızın rutin sezaryen girişiminin etik olmaması ve sağlık risklerinin yüksek olmasının yanında, yüksek maliyetlerle de ilişkilendirildiği ve ülke ekonomisine zarar verdiği belirtilmektedir(5). Uzun vadede de, tekrarlayan sezaryenin komplikasyonlarına bağlı uterin rüptür, maternal mortalite, dış gebelik, düşük, plasental ve fetusun yerleşim kusurları görülebilir(4). Yine uzun dönemde adezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu, eski insizyon hattında açılma ve fistül oluşumu görülebilir ve doğum sayısını sınırlaması sebebiyle üremeyi negatif etkiler(5).

Sezaryenin kısa vadede çocuk sağlığı bakımından neden olduğu komplikasyonlar arasında, anesteziye bağlı olarak, fetal depresyon, geçici takipne, fetal hipoksi, MSS yaralanmaları yer almaktadır. Ayrıca neonatal solunum yolu hastalıklarından dolayı kısa dönemde asfiksi, geç preterm doğumlar(34-36.hafta) ve ölü doğum görülebilmektedir. Sezaryene bağlı preterm doğumlarda yenidoğanda sindirim, karaciğer fonksiyon bozuklukları, sarılık, dehidratasyon, enfeksiyon, beslenme, hipoglisemi, immatür beyin ve vücut sıcaklığının düzenlenmesi ile ilgili sorunlar meydana gelebilir. Ayrıca insizyon sırasında fetal kesiler de olabilir (3,4,6).

Sezaryen, bebekte nörolojik adaptasyonun gecikmesi, iatrojenik travma sıklığının artması, RDS ve buna bağlı YDYBÜ'ne yatışlarının artışına sebep olmaktadır(80). Sezaryen sonrası ilk 28 gün ölüm, alerjik hastalıklar, çocukluk

dönemlerinde atopik egzema, konjonktivit ve astım oranlarında artış olduğu belirlenmiştir. Bu çocukların okul çağı döneminde öğrenme ve davranışsal problemler açısından risk grubunda oldukları belirtilmektedir (66,81).

ABD’de 1998-2001 doğum kohortu içinde (6 milyona yakın canlı doğum), herhangi bir risk faktörü olmayan anne bebeklerinin analizi yapıldığında, sezaryen ile doğanlarda neonatal mortalite oranı (1000 canlı doğumda 1.77), vajinal doğanlara göre (1000 canlı doğumda 0.62) daha yüksek bulunmuştur(82).

2.6. Gebe Eğitimi

Prenatal dönemde gebe eğitiminin birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Eğitimin eşler arasındaki ilişki ve annelik rolüne bağlanma üzerine olumlu etkisi olduğu(83), postpartum dönemde sosyal desteği arttırdığı, gebelerde sağlık bilincini yükselttiği, doğumda kendine güvenini sağladığı ve anksiyeteyi azalttığı, normal doğuma eğilimi artırdığı belirtilmektedir (84,85).

Eylül 2001 tarihinde Barselona’da gerçekleştirilen, 5. Dünya Perinatal Tıp Kongresi’nde yayınlanan Barselona Deklarasyonu’nun (Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn, World Congress of Perinatal Medicine, September 24, 2001 Barcelona) Anne Hakları Deklarasyonu bölümünün 2. maddesine göre; “Bütün kadınlar üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi ve yeterli eğitim alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri ve çalışanları, böyle bir eğitimin kadına ve eşine sağlanmasından ve prenatal bakımın ayrılmaz bir parçası olarak, hazırlık dönemine beraber katılmaları için teşvik edilmelerinden sorumludur”(86).

Doğum öncesi eğitim programları, sağlıklı bir gebeliğin geçirilmesi için dünya çapında önerilmektedir(87). Dünya’da 1930’lu yıllardan başlayarak doğum öncesi eğitim sınıfları açılmaya başlanmış ve 1970’li yıllardan itibaren giderek artmıştır(88). Gelişmiş ülkelerde sağlık sistemi eğitime katılım konusunda bilinçlendirme yaptığı için, gebe eğitim programlarına katılım oranı yüksektir. İsveç’te yapılan bir araştırmayla, antenatal eğitime katılma oranı %78-93 olarak saptanmıştır(89).

Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı” başlatılmış olup, üreme sağlığı hizmetlerinde de “Gebe

Bilgilendirme Sınıfları”nın önemi vurgulanmıştır. Gebe bilgilendirme sınıfları anne adaylarına, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemle ilgili konularda bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını, normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konularında bilgi ve beceri kazandırmayı amaçlar(90).

Gebe eğitimlerinin grup eğitimleri şeklinde yapılması, anne adayları arasında ortak paylaşım sağladığından etkili bir yöntemdir. Soru sorma, ilgileri dikkate alma, anahtar konumdaki noktaları vurgulayıp özetleme yapma grubun katılımını arttırır(91). Gebelik eğitim sınıflarında; gebelikte sağlık (anatomi, fizyoloji ve gebeliğin oluşumu), gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler, şikayetler ve riskli durumlar, gebelikte günlük yaşam ve beslenme, annelik rolü ve iletişim, doğuma hazırlık, doğum ve doğumda ağrı kontrolü, doğum sonu dönem ve emzirme, yenidoğan bakımı ve gebelikte egzersiz konularında eğitim verilmektedir(12). Gebelik sürecinde verilen eğitim, anne adayının sosyokültürel durumuna uygun olacak şekilde sağlık personeli (dr, ebe, hemşire) tarafından verilmelidir. Eğitim alan gebelerde sezaryen oranının daha düşük olduğu vurgulanmaktadır(92).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipte yapılan bu araştırma, 01.04.2019 – 01.04.2020 tarihleri arasında Adana ili Seyhan ilçesinde bulunan İsmetpaşa Aile Sağlığı Merkezi'nde 6 Aile Hekimliği Birimi, ve Gürselpaşa 1 Aile Sağlığı Merkezi'nde 5 Aile Hekimliği Birimi'nde olmak üzere toplam 11 aile hekimliği biriminde kayıtlı bulunan, ilk kez doğum yapacak 106 gebe kadın üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.12.2018 tarihli ve 363 sayılı karar nosu ile tez araştırma projesi onayı alındı(Ek-1). Çalışma baştan sona Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü. Araştırmalara katılan bütün katılımcılara, çalışmanın amacı, yöntemi ve hedefleri hakkında bilgi verildi ve katılımcılardan yazılı onam formu alındı(Ek-2).

Çalışmanın yapıldığı iki ASM'de toplam onbir aile hekimliği birimine başvuran, ilk kez doğum yapacak olan tüm gebeler çalışmanın evrenini, çalışmaya katılma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek form dolduran ardışık örnekleme usulüyle seçilen gebeler de, çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzerinde gebe olmak
- İlk kez doğum yapacak olmak
- Kesin sezaryen doğum endikasyonu taşımamak
- Düşük ya da küretaj yapmamak

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Gönüllü olmamak
- İletişim kurmakta zorlanmak
- Kesin sezaryen doğum endikasyonu taşımak
- Düşük ya da küretaj yapmak

Katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği ile veri toplama formları dolduruldu.

3.1. Araştırmada kullanılan veri toplama formu

Araştırmamızda kullanılan veri toplama formu toplam 45 sorudan oluşmaktaydı. Bu soruların 8'i katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulamak için, 15'i gebelik durumuna ilişkin özelliklerini belirtmek için, 5'i gebenin sağlık durumuna ait bilgileri sorgulamak için, 8'i doğum yöntemi tercihinde etkili olan faktörleri sorgulamada, 6'sı doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi ölçülmesi için ve 3'ü de doğum sonrası gebeliğin sonlanma durumunun değerlendirilmesi için sorularak veri toplama formu oluşturuldu (Ek-3). Veri toplama formundaki toplam 7 soruda katılımcıların soru ya da önermeleri 5'li likert (1 en az, 5 en çok) şıkları şeklinde yanıtlamaları istendi.

3.2. Araştırmaya katılan gebelere eğitim verilmesi

Veri toplama formunun yüz yüze doldurulması esnasında gebelere, gebelik süreci, doğum eylemi ve doğum yöntemlerinin anlatılacağı “Gebe Bilgilendirme Eğitimi”nden bahsedilerek, istisnasız formu dolduran her gebenin bu eğitim seanslarına ayrıca davet edileceği bilgisi verildi. Form doldurmuş, 24. gebelik haftasını dolduran bütün gebeler, telefonla ulaşılarak eğitimin yer ve saati konusunda haberdar edildi ve 8-10 kişilik eğitim grupları şeklinde eğitime davet edildi. İlk davet edildikleri eğitime katılamayanlar, bir sonraki eğitim seansına tekrar davet edildi. Eğitime katılımda gönüllülük esas alındı.

Eğitimler gebelerin kayıtlı olduğu kendi aile sağlığı merkezlerinde uygun bir odanın eğitim sunumu yapmak üzere düzenlenmesinin ardından, aile sağlığı elemanlarının, özellikle de tecrübeli ebelerin hazır bulunduğu seanslarda 45-60 dakikalık bir powerpoint sunumu ile, gebelerin de interaktif katılımı desteklenerek gerçekleştirildi.

3.3. Gebe eğitimi materyeli ve içeriği

Bu eğitimde kullanılan powerpoint sunumunun(Ek-4) içeriği, T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu'nun “Gebe Bilgilendirme Sınıfı” eğitim kitapçığı (Ek-5) esas alınarak oluşturulan, Adana İl Sağlık Müdürlüğü ÇEKÜS biriminin, bu eğitimlerde kullandığı toplam 3 adet powerpoint sunumuna ait slaytlardan yararlanılarak hazırlandı. PowerPoint sunumu sonrası, normal vajinal yolla doğumu

anlatan yaklaşık 2 dakikalık bir animasyon videosu izletildi ve gebe okullarındaki eğitimlerde verilen şekilli, açıklamalı bilgilendirici eğitim formlarından ikisi(Ek-6), içerikleri konusunda bilgilendirilerek katılımcılara verildi. Eğitime katılan gebeler “Gebe Eğitimi Katılımcı Formu” ile belgelendi(Ek-7). Çalışmaya katılarak veri toplama formunu doldurmuş, eğitime katılan ya da katılmayan tüm gebeler, gebeliklerinin sonlanmasından sonra telefonla aranarak gebeliklerinin sonlanma şekli, doğan bebeğin durumu ve doğumun gerçekleştirildiği sağlık merkezi yönünden sorgulandı ve doğumları ile ilgili bilgi kendilerinden öğrenildi.

3.4. İstatistik analizler

Verilerin analizinde SPSS versiyon 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışmaya katılan gebelere ait sosyodemografik özellikler, gebelik durumuna ilişkin özellikler, doğum yönteminde etkili olan faktörler, doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi ve gebelik sonlanma durumunun değerlendirilmesine ait tanımlayıcı istatistikleri sunuldu. Veri toplama formunda yer alan marsa/devlet hastanesi tanımı istatistik analizler sunumunda 2.basamak sağlık kurumu, şehir hastanesi ve üniversite hastanesi 3.basamak sağlık kurumu ve özel hastane de yine özel hastane olarak gösterildi. Okuryazarlık, ilk ve ortaokul eğitimi düşük eğitim durumu, lise eğitimi orta eğitim durumu ve yüksekokul- üniversite eğitimi yüksek eğitim durumu olarak gösterildi. 2000 TL altında gelir düşük gelir düzeyi, 2000-4000 TL arası gelir orta gelir düzeyi ve 4000 TL üzeri gelir yüksek gelir düzeyi olarak gösterildi. Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde sıralı değişkenler için ortalama±standart sapma (Ort±SS), sürekli sayısal değişkenler için ortalama± standart sapma ve en küçük - en büyük değerler, kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında ‘Tek Örneklemli t Testi’, verilerin karşılaştırmalı analizinde ‘Ki-Kare Testi’ ve verilerin ileri analizlerinde ise ‘Spearman Korelasyon testi’ kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Adana ili Seyhan ilçesinde bulunan İsmetpaşa ve Gürselpaşa 1 Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı, ilk kez doğum yapacak toplam 106 gebe kadınla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $25,7 \pm 4,8$ (en küçük 18, en büyük 40) olarak bulundu. Katılımcıların 43'ü (%40,6) düşük düzey, 28'i (%26,4) orta ve 35'i (%33) ise yüksek düzey eğitilmişti. Katılımcıların eşlerinin, 29'u (%27,4) düşük, 47'si (%44,3) orta ve 30'u (%28,3) yüksek düzey eğitimliydi. Katılımcıların 15'i (%14,2) geniş, 91'i ise (%85,8) çekirdek aileye sahipti (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (n=106)		n	%
Eğitim Durumu	Düşük	43	40,6
	Orta	28	26,4
	Yüksek	35	33
Eşin Eğitim Durumu	Düşük	29	27,4
	Orta	47	44,3
	Yüksek	30	28,3
Yaşanılan Aile Tipi	Geniş Aile	15	14,2
	Çekirdek Aile	91	85,8

Katılımcıların 15'inin (%14,2) işi varken, 91'i (% 85,8) herhangi bir işte çalışmayan ev hanımıydı. Katılımcıların eşlerinin 95'i (%89,6) bir işte çalışırken, eşlerin 11'i ise (% 10,4) herhangi bir işte çalışmıyordu. Katılımcıların ailelerinin aylık ortalama gelir düzeyleri sorgulandığında, beyan ettikleri gelir durumları; 37'si (%34,9) düşük gelir grubunda (2000 TL ve altında), 55'i (%51,9) orta gelir grubunda (2000 ila 4000 TL arasında), ve geri kalan 14'ünün (%13,2) ise yüksek gelir grubunda (4000 TL ve üzerinde) oldukları tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2.Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve ailenin aylık ortalama gelir düzeyine ait özellikleri.

Çalışma durumu ve aylık gelir durumu (n =106)		n	%
Çalışma durumu	Çalışıyor	15	14,2
	Ev Hanımı	91	85,8
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	95	89,6
	Çalışmıyor	11	10,4
Aylık ortalama gelir durumu	Düşük	37	34,9
	Orta	55	51,9
	Yüksek	14	13,2

4.1. Katılımcıların Gebelik Durumuna İlişkin Özellikleri İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların evlenme yaşı ortalaması $23,9 \pm 4,6$ (en küçük 16, en büyük 37), gebe kalma yaşı ortalaması $25,3 \pm 4,9$ (en küçük 18, en büyük 40) ve çalışmaya katıldıkları andaki gebelik haftası ortalaması $27,3 \pm 7,4$ (en küçük 6, en büyük 38) şeklinde bulundu (Tablo3).

Tablo 3. Katılımcıların evlenme yaşı, gebe kalma yaşı ve çalışmaya katıldıkları andaki gebelik haftasına ait özellikleri.

Evlenme yaşı, gebe kalma yaşı ve gebelik haftası (n=106)	Ort $\pm$ SS
Evlenme Yaşı	$23,9 \pm 4,6$
Gebe kalma Yaşı	$25,3 \pm 4,9$
Gebelik Haftası	$27,3 \pm 7,4$

Katılımcıların 94'ü (%88,7) kendiliğinden gebe kalmışken, ancak tedavi ile gebe kalabilen 12 (%11,3) katılımcı saptandı. Katılımcıların gebelik öncesi veya esnasında 58'inin (%54,7) normal doğum, 17'sinin (%16,0) sezaryen doğum planladığı ve 31'inin ise (%29,3) henüz herhangi bir doğum yöntemi planlamamış olduğu tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların gebe kalma durumları ve gebelikleri öncesi veya esnasında planladıkları doğum yöntemine ait özellikleri

Gebe kalma durumu ve planlanan doğum yöntemi (n=106)		n	%
Gebe Kalma Durumu	Kendiliğinden	94	88,7
	Tedavi ile	12	11,3
Planlanan Doğum Yöntemi	Normal Doğum	58	54,7
	Sezaryen Doğum	17	16,0
	Planlanmamış	31	29,3

Katılımcıların gebeliklerinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama düzeyi ortalama puanı $1,59 \pm 0,790$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($t = -18,316$, $p = 0,000$). Yine katılımcıların gebelikleri esnasında herhangi bir ailevi bir sorun yaşama düzeyi ortalama puanı $1,13 \pm 0,438$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($t = -43,889$, $p = 0,000$), (Tablo 5). Puan arttıkça sağlık sorunu ve ailevi sorun yaşama düzeyleri artmaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların gebeliklerinde bir sağlık sorunu ve ailevi sorun yaşama durumuna ait özellikleri

Gebelikte sağlık sorunu ve ailevi sorun yaşama durumu (n=106)	Ort*$\pm$SS	Test değeri=3,0	
		t**	p
Gebelikte bir sağlık sorunu yaşama durumu	1,59 $\pm$ 0,790	-18,316	0,000[†]
Gebelikte ailevi bir sorun yaşama durumu	1,13$\pm$0,438	-43,899	0,000[†]

*1: En az, 5: En çok, **Tek örneklemlili t testi kullanılmış, test değeri=3,0 olarak alınmıştır. [†] $p < 0,001$.

Katılımcıların, aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin yapıldığı merkezler yönünden, 19'unun (%17,9) 2.basamak sağlık kuruluşunda, 21'inin (%19,8) 3.basamak sağlık kuruluşunda ve 66'sının da (%62,3) özel sağlık kuruluşunda takip edildikleri saptandı. Yine katılımcıların doğum yapmayı planladıkları merkez olarak 18'inin (%17) 2. basamak sağlık kuruluşunu, 31'inin (%29,2) 3.basamak sağlık kuruluşunu ve 57'sinin de (%53,8) özel sağlık kuruluşunu tercih ettikleri belirlendi.

Katılımcıların gerçekleşen doğumlarının 9'unun (%8,5) 2.basamak sağlık merkezinde, 38'inin (%35,8) 3.basamak sağlık merkezinde ve 59'unun da (%55,7) özel bir sağlık merkezinde olduğu tespit edildi(Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların aile hekimliği dışında takip edildikleri, doğum yapmayı planladıkları ve doğumlarını gerçekleştirdikleri merkezlerin özellikleri

Gebeliğin takip edildiği, doğumun planlandığı ve doğumun yapıldığı merkezler (n = 106)		n	%
Aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin yapıldığı merkez	2. Basamak	19	17,9
	3. Basamak	21	19,8
	Özel Hastane	66	62,3
Doğumun planlandığı merkez	2.Basamak	18	17
	3. Basamak	31	29,2
	Özel Hastane	57	53,8
Doğumun gerçekleştirildiği merkez	2.Basamak	9	8,5
	3. Basamak	38	35,8
	Özel Hastane	59	55,7

Katılımcıların gebelikte yapılan takiplerle ilgili; bu takiplerin düzenli yapılmasının önemi ile ilgili verdikleri yanıtların ortalama puanı $4,69 \pm 0,523$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=33,239$, $p=0,000$). Gebelik takiplerini aile hekimliklerinde düzenli yaptırmanın önemi ile ilgili alınan yanıtların ortalama puanı $4,67 \pm 0,511$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=33,628$, $p=0,000$).Takiplerin hem aile hekimliği hem de hastanede birlikte düzenli yaptırılmasının önemi ile ilgili cevapların ortalama puanı ise en yüksek düzeyde olup, $4,83 \pm 0,402$ olarak saptandı ve test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=46,908$, $p=0,000$), (Tablo 7). Puan arttıkça gebelik takiplerinin düzenli yapılmasının ve takiplerin yapıldığı merkezlerin önem düzeyleri artmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların gebelikte gebelik takiplerinin düzenli olarak yapılmasının ve düzenli takiplerin yapıldığı merkezlerin önemi ile ilgili düşüncelerinin özellikleri.

Düzenli gebelik takipleri ve takip merkezlerinin önemi (n=106)	Ort* ±SS	Test değeri=3,0	
		t**	p
Gebelik takiplerini düzenli yaptırmak ne kadar önemlidir?	4,69±0,523	33,239	0,000 [†]
Gebelik takiplerini aile hekimliğinde düzenli yaptırmak ne kadar önemlidir?	4,67±0,511	33,628	0,000 [†]
Gebelik takiplerini aile hekimliği ile birlikte hastanede yaptırmak ne kadar önemlidir?	4,83±0,402	46,908	0,000 [†]

*1:En az,5: En çok, ** Tek örneklemlili t testi kullanılmış, test değeri=3,0 olarak alınmıştır, [†]p< 0,001.

Katılımcıların, gebelik takiplerini yapan aile hekimlerinin, bu takipler esnasında gebelere normal doğum yönünde önerileri ile ilgili puanlamalarının ortalaması 2,38±1,450 olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (t= -4,420, ,p=0,000). Katılımcıların gebelik takiplerini yapan hastane hekimlerinin normal doğum yönünde önerileri ile ilgili puanlamalarının ortalaması 2,59±1,517 olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (t= -2,754, p=0,007), (Tablo 8).Puan arttıkça takipleri yapan hekimlerin normal doğumu önerme düzeyleri artmaktadır.

Tablo 8.Katılımcıların takiplerinde normal doğum önerilmesi ile ilgili özellikleri.

Takip eden hekimin normal doğumu önerme durumu (n=106)	Ort* ±SS	Test değeri=3,0	
		t**	p
Gebelik takibinizi yapan aile hekimi normal doğumu ne kadar önerdi?	2,38±1,450	-4,420	0,000 [†]
Gebelik takibinizi yapan hastane hekimi normal doğumu ne kadar önerdi ?	2,59±1,517	-2,754	0,007 ^{††}

*1:En az, 5:En çok,** Tek örneklemlili t testi kullanılmış, test değeri=3,0 olarak alınmıştır. [†]p<0,001, ^{††}p<0,01

Katılımcıların, 'Doğumdan önce sezaryen doğum yapılmasını zorunlu kılacak bir durumunuz tespit edildi mi?' sorusuna, doksan sekizi hayır (n=98, % 92,5), sekiz

tanesi ise evet (n=8, % 7,5) cevabı vermiştir. Evet cevabı veren sekiz katılımcı tarafından beyan edilen zorunlu sezaryen doğum gerekçeleri; bir kişide geçirilmiş over kisti operasyonu, bir kişide tedavi ile (İVF) gebe kalma, bir kişide gebelik döneminde düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı, bir kişide gebeliğinde tansiyon yükselmesi (gestasyonel HT?), bir kişide astım hastalığı olması, bir kişide önceki gebeliğinde inutero fetus ölümü, bir kişide doğum için pelvisinin dar olduğu düşüncesi (mesanem dar?) ve bir kişide de ikiz gebelik durumu şeklindedir. Gebede doğum öncesi kesin sezaryen endikasyonu olması, çalışmadan dışlanma kriteridir ve bu şekilde olan gebelik durumları çalışma dışı bırakılmış olmakla beraber, bu sekiz katılımcının beyan ettikleri durumları ayrıntılı olarak incelendiğinde, sezaryen doğum yapmalarını gerektirecek kesin bir tıbbi zorunluluk olmadığı düşünülmüş ve bu nedenle sekiz katılımcının da çalışmaya dahil edilmesi uygun görülerek, çalışma toplam 106 katılımcı ile tamamlanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların, doğumdan önce sezaryen doğum yapılmasını zorunlu kılacak durumlarının tespitine ait özellikleri.

Gebelikte sezaryen doğum yapılmasını zorunlu kılacak bir durum tespit edildi mi? (n=106)		n	%
Hayır tespit edilmedi.		98	92,5
Evet tespit edildi.	Gebeliğinde tansiyon yüksekliği (Gestasyonel HT) (n=1)	8	7,5
	Kronik hastalık varlığı (Astım Bronşiale) (n=1)		
	Tedavi ile gebe kalma (İVF) (n=1)		
	Önceki gebeliğinde inutero fetus ölümü (n=1)		
	İkiz gebelik (n=1)		
	Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı (n=1)		
	Geçirilmiş over kisti operasyonu (n=1)		
	Dar pelvisi olduğu düşüncesi (n=1)		

4.2. Katılımcıların Gebeliklerindeki Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların sigara ve alkol kullanımına ait alışkanlıkları sorgulandığında 90'ının (%84,9) hiç sigara kullanmadığı, 8'inin (%7,5) gebelikte sigarayı bıraktığı ve 8'inin ise (%7,5) gebeliklerinde de halen sigara içmeye devam ettikleri saptandı. Yine katılımcıların 105'inin (%99,1) hiç alkol kullanmadığı, daha önce alkol kullanan 1 gebenin de (%0,9) gebelikte alkol kullanımını bıraktığı, hiçbir gebenin gebelikleri esnasında alkol kullanmadığı tespit edildi (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına ait özellikleri

Gebelikte alkol ve sigara kullanımı (n=106)		n	%
Gebelerin sigara kullanım durumu	Hiç kullanmadım	90	84,9
	Gebelikte bıraktım	8	7,5
	Halen kullanıyorum	8	7,5
Gebelerin alkol kullanım durumu	Hiç kullanmadım	105	99,1
	Gebelikte bıraktım	1	0,9
	Halen kullanıyorum	0	0

Katılımcılar gebelikte başlayan hastalık durumu yönünden incelendiğinde, gebeliği esnasında Gestasyonel DM gelişen gebe sayısı 4 (%3,8), Gestasyonel DM olmayan gebe sayısı 102 (%96,2) olarak belirlendi. Gebeliğinde Gestasyonel HT başlayan gebe sayısı 3 (%2,8) olup, Gestasyonel HT gelişmemiş olan gebe sayısı ise 103 (%97,2) olarak saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların gebeliklerinde başlayan hastalık durumuna ait özellikleri.

Gebelikte başlayan hastalık (n=106)		n	%
Gebelikte Gestasyonel DM başlama durumu	Evet	4	3,8
	Hayır	102	96,2
Gebelikte Gestasyonel HT başlama durumu	Evet	3	2,8
	Hayır	103	97,2

Katılımcıların mevcut kronik hastalık varlığı durumu ile sık ve sürekli ilaç kullanma durumları incelendiğinde, 10 gebede (%9,4) kronik bir hastalığın var olduğu, 96'sında (%90,6) ise herhangi bir kronik hastalık olmadığı belirlendi. Mevcut kronik hastalıklar ise, beş gebede tiroid hastalığı, bir gebede Tip I Diabetes Mellitus, iki gebede astım bronşiale, bir gebede migren ve bir gebede de kalıtsal kan hastalığı şeklinde saptandı. Toplam katılımcılardan 13'ünün (%12,3) sık ve sürekli ilaç kullandığı, geri kalan 93'ünün (%87,7) ise sık ve sürekli bir ilaç kullanım durumunun olmadığı belirlendi (Tablo12).

Tablo 12. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile sık ve sürekli ilaç kullanım durumuna ait özellikleri.

Kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanım durumu (n=106)		n	%
Kronik bir hastalık varlığı	Yok	96	90,6
	Var	10	9,4
Sık ve sürekli ilaç kullanımı	Yok	93	87,7
	Var	13	12,3

4.3. Katılımcıların Doğum Yöntemi Tercihlerinde Etkili Olan Faktörlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların, 'Sizce normal doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?' sorusuna verdikleri yanıtların puanlamalarının ortalaması $4,69 \pm 0,540$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=32,139$, $p=0,000$).

Katılımcıların, 'Sezaryen doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır ?' sorusuna verdikleri cevaplarının puanlamalarının ortalaması $2,38 \pm 1,037$ olup test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($t= - 6,182$, $p=0,000$).

Doğum yöntemi tercihindeki karar vericilerin öneminin sorgulanmasında katılımcıların, 'Doğum yöntemi tercihinde benim kararım önemlidir' şeklindeki önerme ile ilgili puanlamalarının ortalaması $4,49 \pm 0,808$ olup, test değeri olarak

alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($t=19,001$, $p=0,000$).

Katılımcıların 'Doğum yöntemi tercihinde eşimin kararı önemlidir' şeklindeki önermeyle ilgili puanlamalarının ortalaması $3,59\pm1,329$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($t=4,603$, $p=0,000$).

'Doğum yöntemi tercihinde aile büyüklerinin kararı önemlidir önermesi ile ilgili katılımcıların puanlamalarının ortalaması $2,33\pm1,232$ saptanmış olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($t= -5,596$, $p=0,000$).

'Doğum yöntemi tercihinde ebe/hemşirenin kararı önemlidir' önermesinde katılımcılarımızın verdikleri puanlamalarının ortalaması $3,84\pm1,088$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=7,946$, $p=0,000$).

Yine katılımcılarımızın, 'Doğum yöntemi tercihinde aile hekiminin kararı önemlidir' önermesi ile ilgili puanlamalarının ortalaması $3,94\pm0,994$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=9,775$, $p=0,000$).

Katılımcıların, 'Doğum yöntemi tercihinde kadın doğum uzmanının kararı önemlidir.' şeklindeki önermeyle ilgili puanlamalarının ortalaması $4,71\pm0,743$ saptanmış olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=23,668$, $p=0,000$), (Tablo 13).

Puan durumu arttıkça doğum yönteminin anne ve bebek için sağlıklı olma durumu ile doğum yöntemi tercih kararını verene göre, kararın önemlilik düzeyi artmaktadır.

Tablo 13. Katılımcıların doğum yöntemi tercihlerinde etkili olan faktörlerle ilgili özellikleri

Doğum yöntemi tercihinde etkili olan faktörler (n = 106)	Ort*±SS	Test değeri=3,0	
		t**	p
Sizce normal doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?	4,69± 0,540	32,139	0,000[†]
Sizce sezaryen doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?	2,38 ± 1,037	-6,182	0,000[†]
Doğum yöntemi tercihinde benim kararım önemlidir.	4,49 ±0,808	19,001	0,000[†]
Doğum yöntemi tercihinde eşimin kararı önemlidir.	3,59 ± 1,329	4,603	0,000[†]
Doğum yöntemi tercihinde aile büyüklerinin kararı önemlidir.	2,33 ± 1,232	-5,596	0,000[†]
Doğum yöntemi tercihinde ebe, hemşirenin kararı önemlidir.	3,84 ±1,088	7,946	0,000[†]
Doğum yöntemi tercihinde aile hekiminin kararı önemlidir.	3,94 ± 0,994	9,775	0,000[†]
Doğum yöntemi tercihinde kadın doğum uzmanının kararı önemlidir.	4,71 ± 0,743	23,668	0,000[†]

*1:En az , 5:En çok,** Tek örneklemli t testi kullanılmış, test değeri=3,0 olarak alınmıştır.[†]p<0,001.

4.4. Katılımcıların Doğum Yöntemleri ile İlgili Bilgi Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların, ‘Doğum yöntemleri ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahibim’ önermesine verdikleri puanlamaların ortalaması 3,21±1,161 olup, test değeri olarak alınan 3’e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı (t= 1,841, p=0,068). Katılımcıların ‘Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi akrabalar, komşular ve arkadaşlardan aldım’ önermesi ile ilgili puanlamalarının ortalaması 2,58±1,287 olup, test değeri olarak alınan 3’e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (t= -3,396, p=0,001). ‘Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi ebe/hemşireden aldım’ seçeneğine verilen puanlamaların ortalaması 3,16±1,395 olup, test değeri olarak alınan 3’e göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (t=1,184,

p=0,239). 'Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi aile hekiminden aldım' önermesi ile ilgili puanlamalarının ortalaması $2,80 \pm 1,502$ olarak saptanmış olup test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($t = -1,358$ p=0,177). Katılımcıların 'Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kadın doğum uzmanından aldım' önermesiyle ilgili puanlamalarının ortalaması $3,48 \pm 1,605$ olup test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=3,086$, p=0,003). Yine katılımcıların, 'Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kitle iletişim araçlarından (Gazete, dergi, T.V, İnternet, sosyal medya vb) aldım' önermesiyle ilgili puanlamalarının ortalaması $3,31 \pm 1,564$ olup, test değeri olarak alınan 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=2,050$, p=0,043), (Tablo 14). Puan durumu arttıkça bilgiye sahip olma düzeyi ve ilgili kaynaktan alınan bilginin düzeyi artmaktadır.

Tablo 14. Katılımcıların doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerine ve bilginin kaynağına ait özellikleri

Doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi ve bilginin kaynağı (n=106)	Ort* $\pm$ SS	Test değeri=3,0	
		t**	p
Doğum yöntemleri ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahibim	$3,21 \pm 1,161$	1,841	0,068
Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi akraba, komşu ve arkadaşlardan aldım	$2,58 \pm 1,287$	-3,396	0,001^{††}
Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi ebe/hemşireden aldım	$3,16 \pm 1,395$	1,184	0,239
Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi aile hekiminden aldım	$2,80 \pm 1,502$	-1,358	0,177
Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi Kadın Doğum uzmanından aldım	$3,48 \pm 1,605$	3,086	0,003^{††}
Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kitle iletişim araçlarından aldım	$3,31 \pm 1,564$	2,050	0,043[†]

*1:En az ,5:En çok,**Tek örneklemli t testi kullanılmış, test değeri=3,0 olarak alınmıştır.^{††}p<0,01
[†]p<0,05.

4.5. Katılımcıların Gebeliklerinin Sonlanma Durumları ve Doğumun Gerçekleştirildiği Merkezlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekli olarak 35'inin (%33) normal vajinal yolla, 71'inin (%67) ise sezaryenle doğum yaptıkları belirlendi. Gerçekleşen doğumların 103'ü (%97,2) canlı, 3'ü (%2,8) ise ölü doğum şeklindeydi. Doğumların tümünün hastane ortamında yapıldığı ve bu doğumların 9'unun (%8,5) 2. basamak sağlık kurumlarında, 38'inin (%35,8) 3.basamak sağlık kurumlarında ve 59'unun da (%55,7) özel sağlık kurumlarında gerçekleştiği tespit edildi (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma durumuna ait özellikleri.

Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma durumu (n=106)		n	%
Doğumun sonlanma şekli	Normal vajinal doğum	35	33
	Sezaryen doğum	71	67
Doğan bebeğin durumu	Canlı doğum	103	97,2
	Ölü doğum	3	2,8
Doğumun gerçekleştiği yer	2.basamak	9	8,5
	3.basamak	38	35,8
	Özel hastane	59	55,7

Katılımcıların 48'i (%45,3) davet edildikleri 'Gebe Bilgilendirme Eğitimi'ne katılarak eğitim almış 58'i (%54,7) ise davet edildikleri bu eğitimlere katılmamış ve eğitim almamışlardır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların 'Gebe Bilgilendirme Eğitimi' alma durumuna ait özellikleri.

Gebelerin eğitim alma durumu (n=106)		n	%
Eğitim Alma Durumu	Evet	48	45,3
	Hayır	58	54,7

4.6. Katılımcıların Eğitim Durumları İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Düşük eğitim düzeyindeki toplam 43 katılımcının 9'unun (%20,9) geniş aile tipinde, 34'ünün (%79,1) çekirdek aile tipinde yaşadığı, orta eğitim düzeyindeki toplam 28 katılımcının 6'sının (%21,4) geniş aile tipinde, 22'sinin (%78,6) çekirdek aile tipinde yaşadığı, yine yüksek eğitim düzeyindeki toplam 35 katılımcının tamamının

(%100) çekirdek aile tipinde yaşadığı saptandı. Katılımcıların eğitim durumları ile sahip oldukları aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı, geniş aile tipine göre çekirdek aile tipinde eğitim düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($X^2=8,617$, $p=0,013$), (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşadıkları aile tipinin karşılaştırılması

(n=106)	Eğitim Durumu			X^2^*	p
	Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Geniş Aile Tipi (n=15)	9 (%20,9)	6 (%21,4)	0 (%0)	8,617	0,013[†]
Çekirdek Aile Tipi (n=91)	34 (%79,1)	22 (%78,6)	35 (%100)		

*Ki Kare testi kullanılmıştır, [†] $p<0,05$.

Düşük eğitim durumunda olan toplam 43 katılımcıdan, 13'ünün (%30,2) aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin 2. basamak sağlık merkezlerinde, 12'sinin (%27,9) aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin 3.basamak sağlık merkezlerinde ve 18'inin de (%41,9) özel sağlık merkezlerinde yapıldığı, orta eğitim durumunda olan toplam 28 katılımcıdan 5'inin (%17,9) aile hekimliği dışında gebelik takiplerini 2.basamak sağlık merkezlerinde, 3'ünün (%10,7) 3.basamak sağlık merkezlerinde ve 20'sinin de (%71,4) özel sağlık merkezlerinde yaptırdığı, yüksek eğitim durumunda olan toplam 35 katılımcıdan 1'inin (%2,9) aile hekimliği dışında gebelik takiplerini 2.basamak sağlık merkezinde, 6'sının (%17,1) 3.basamak sağlık merkezinde ve 28'inin de (%80) özel sağlık merkezlerinde yaptırdığı belirlendi. Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin gerçekleştirildiği sağlık merkezleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça, aile hekimliği dışında özel sağlık merkezlerindeki takip oranlarının anlamlı olarak arttığı saptandı ($X^2=15,806$, $p=0,003$), (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliği dışında gebelik takiplerinin yapıldığı sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.

(n=106)	Eğitim Durumu			X^2^*	p
	Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
2. Basamak Sağlık Merkezi Takibi (n=19)	13 (%30,2)	5 (%17,9)	1 (%2,9)	15,806	0,003[†]
3. Basamak Sağlık Merkezi Takibi (n=21)	12 (%27,9)	3 (%10,7)	6 (%17,1)		
Özel Sağlık Merkezi Takibi (n=66)	18 (%41,9)	20 (%71,4)	28 (%80)		

*Ki Kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,01.

Ailenin ortalama aylık geliri düşük düzeyde olan toplam 37 katılımcının 20'sinin (%54,1) düşük eğitim düzeyinde, 12'sinin (%32,4) orta eğitim düzeyinde ve 5'inin de (%13,5) yüksek eğitim düzeyinde oldukları, aylık ortalama geliri orta düzeyde olan toplam 55 katılımcının 22'sinin (%40) düşük eğitim düzeyinde, 13'ünün (%23,6) orta eğitim düzeyinde ve 20'sinin de (%36,4) yüksek eğitim düzeyinde olduğu, yine yüksek aylık ortalama gelir düzeyine sahip toplam 14 katılımcının 1'inin (%7,1) düşük eğitim düzeyinde, 3'ünün (%21,4) orta eğitim düzeyinde ve 10'unun da (%71,4) yüksek eğitim düzeyinde oldukları saptandı.

Katılımcıların eğitim durumları ile aylık ortalama gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Yüksek eğitim düzeyinde, aylık ortalama gelir düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($X^2=17,024$, p=0,002), (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların eğitim düzeyi ile aylık ortalama gelir durumlarının karşılaştırılması

(n=106)	Eğitim Durumu			X^2^*	p
	Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Düşük Aylık Ortalama Gelir Düzeyi (n=37)	20 (%54,1)	12 (%32,4)	5 (%13,5)	17,024	0,002 [†]
Orta Aylık Ortalama Gelir Düzeyi (n=55)	22 (%40)	13 (%23,6)	20 (%36,4)		
Yüksek Aylık Ortalama Gelir Düzeyi (n=14)	1 (%7,1)	3 (%21,4)	10 (%71,4)		

*Ki Kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,01.

Düşük eğitim düzeyindeki toplam 43 katılımcının 27'sinin (%62,8) gebelik öncesi veya esnasında planlanan doğum yöntemi olarak normal doğumu, 5'inin (%11,6) sezaryen doğumu tercih ettikleri ve 11'inin (%25,6) ise bir doğum yöntemi planlamadığı belirlendi. Orta eğitim düzeyinde olan toplam 28 katılımcının 15'inin (%53,6) normal doğumu, 5'inin (%17,9) sezaryen doğumu planladıkları ve 8'inin (%28,6) ise herhangi bir doğum yöntemi planlamadığı saptandı. Yüksek eğitim düzeyinde olan 35 katılımcının 16'sının (%45,7) normal doğumu, 7'sinin (%20) sezaryen doğumu planladıkları ve 12'sinin (%34,3) ise henüz bir doğum yöntemi planlamadıkları belirlendi. Katılımcıların eğitim durumları ile gebelik öncesi veya gebeliklerinde planlanan doğum yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2=2,465$, $p=0,651$), (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların eğitim durumları ile gebelik öncesi veya gebelik esnasında planlanan doğum yönteminin karşılaştırılması

(n=106)	Eğitim Durumu			X ² *	P
	Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Normal Doğumu Planlayanlar (n=58)	27 (%62,8)	15 (%53,6)	16 (%45,7)	2,465	0,651
Sezaryen Doğumu Planlayanlar (n=17)	5 (%11,6)	5 (%17,9)	7 (%20)		
Doğum Yöntemi Planlamayanlar (n=31)	11 (%25,6)	8 (%28,6)	12 (%34,3)		

* Ki kare testi kullanılmıştır.

Düşük eğitim düzeyindeki toplam 43 katılımcının 13'ünün (%30,2) doğumunu 2.basamak sağlık merkezinde, 18'inin (%41,9) doğumlarını 3.basamak sağlık merkezinde ve 12'sinin de (%27,9) doğumlarını özel sağlık merkezinde yapmayı planladığı belirlendi. Orta eğitim düzeyinde olan 28 katılımcının 4'ünün (%14,3) doğumlarını 2.basamak sağlık merkezinde, 9'unun (%32,1) 3.basamak sağlık merkezinde ve 15'inin de (%53,6) özel sağlık merkezinde gerçekleştirmeyi planladığı saptandı. Yüksek eğitim düzeyinde olan toplam 35 katılımcının 1'inin (%2,9) 2.basamak sağlık merkezinde, 4'ünün (%11,4) 3.basamak sağlık merkezinde ve 30'unun da (%85,7) özel sağlık merkezinde doğumlarını yapmayı planladıkları belirlendi. Katılımcıların eğitim durumları ile doğumlarını gerçekleştirmeyi planladıkları sağlık kuruluşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Yüksek eğitim düzeyinde doğumun özel sağlık merkezlerinde planlanması oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($X^2=26,888$, $p=0,000$), (Tablo 21).

Tablo 21.Katılımcıların eğitim durumları ile doğumu planladıkları yerlerin karşılaştırılması

(n=106)		Eğitim Durumu			X^2^*	p
		Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Doğumun Planlandığı merkez	2.Basamak (n=18)	13 (%30,2)	4 (%14,3)	1 (%2,9)	26,888	0,000 [†]
	3.Basamak (n=31)	18 (%41,9)	9 (%32,1)	4 (%11,4)		
	Özel Hastane(n=57)	12 (%27,9)	15 (%53,6)	30 (%85,7)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p< 0,001.

Düşük eğitim düzeyindeki toplam 43 katılımcının 8'inin (%18,6) doğumlarını 2.basamak sağlık merkezlerinde, 20'sinin (%46,5) 3.basamak sağlık merkezlerinde ve 15'inin (%34,9) de özel sağlık merkezlerinde gerçekleştirdikleri, eğitimi orta düzeyde olan toplam 28 katılımcıdan 1'inin (%3,6) doğumunu 2.basamak sağlık merkezinde, 12'sinin (%42,8) 3.basamak sağlık merkezlerinde ve 15'inin de (%53,6) özel sağlık merkezlerinde doğumlarını gerçekleştirdikleri, yüksek eğitim düzeyindeki toplam 35 katılımcıdan 2.basamak sağlık merkezinde doğum yapan olmadığı, 6'sının (%17,1) 3.basamak sağlık merkezlerinde ve 29'unun (%82,9) da özel sağlık merkezlerinde doğumlarını yaptıkları saptandı. Katılımcıların mevcut eğitim durumları ile doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Katılımcıların eğitim düzeylerinin artması ile 2. basamak sağlık merkezleri ile 3.basamak sağlık merkezlerinde gerçekleşen doğum oranlarının azaldığı, özel sağlık merkezlerinde gerçekleşen doğum oranlarının ise anlamlı olarak arttığı belirlendi, ($X^2=23,884$, p=0,001), (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların eğitim durumları ile doğum yaptıkları merkezlerin karşılaştırılması

(n=106)		Eğitim Durumu			X^2^*	P
		Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Doğumun yapıldığı Merkez	2.Basamak (n=9)	8 (%18,6)	1 (%3,6)	0 (%0)	23,884	0,001 [†]
	3.Basamak (n=38)	20 (%46,5)	12 (%42,8)	6 (%17,1)		
	Özel Hastane (n=59)	15 (%34,9)	15 (%53,6)	29 (%82,9)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p< 0,01.

Düşük eğitim düzeyindeki toplam 43 katılımcının evlenme yaşları ortalaması 23,42±5,534, orta eğitim düzeyindeki toplam 28 katılımcının evlenme yaşları ortalaması 22,71±4,054, ve yüksek eğitim düzeyindeki toplam 35 katılımcının ise evlenme yaşları ortalaması 25,51±3,559 olarak bulundu. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile evlenme yaşı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($X^2= 60,696$, $p= 0,011$). Düşük eğitim düzeyindeki toplam 43 katılımcının gebe kalma yaşları ortalaması 25,21±6,018 olarak, orta eğitim düzeyindeki toplam 28 katılımcının gebe kalma yaşları ortalaması 23,93±3,934 olarak ve yüksek eğitim düzeyindeki toplam 35 katılımcının ise gebe kalma yaşları ortalaması 26,71±3,908 olarak bulundu. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile gebe kalma yaşı ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı, yüksek eğitim durumundaki katılımcıların evlenme ve gebe kalma yaşları anlamlı olarak yüksekti. ($X^2 = 68,869$, $p=0,002$), (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların eğitim durumları ile evlenme ve gebe kalma yaşlarının karşılaştırılması

	Eğitim Durumu			X^2^*	p
	Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Evlenme Yaşı (Ort±SS)	23,42±5,534	22,71±4,054	25,51±3,559	60,696	0,011[†]
Gebe Kalma Yaşı (Ort±SS)	25,21±6,018	23,93±3,934	26,71±3,908	68,869	0,002^{††}

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,05, ^{††}p<0,01.

Düşük eğitim durumunda olan toplam 43 katılımcının 21'inin (%48,8) gebe bilgilendirme eğitimine katıldıkları, 22'sinin (%51,2) ise bu eğitime katılmadığı belirlendi. Orta eğitim durumunda olan toplam 28 katılımcının 13'ünün (%46,4) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 15'inin (%53,6) ise bu eğitimlere katılmadığı saptandı. Yüksek eğitim durumundaki toplam 35 katılımcının 14'ünün (%40) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 21'inin (%60) ise bu eğitimlere katılmadığı belirlendi. Eğitim düzeyi arttıkça gebe bilgilendirme eğitimine katılım oranlarının giderek azaldığı ve en az katılımın oranının yüksek eğitim düzeyinde olduğu görüldü. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile gebe bilgilendirme eğitimine katılımları arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ($X^2= 0,589$, $p=0,443$). Düşük eğitim durumunda olan toplam 43 katılımcının 18'inin (%41,9) doğumunu NVYD ile gerçekleştirdiği, 25'inin (%58,1) ise C/S ile doğumunun gerçekleştiği belirlendi. Orta eğitim durumunda olan toplam 28 katılımcının 10'unun (%35,7) doğumunu NVYD, 18'inin (%64,3) ise doğumlarını C/S yoluyla yaptığı saptandı. Yüksek eğitim durumundaki toplam 35 katılımcının 7'sinin (%20) doğumunu NVYD, 28'inin (%80) ise C/S şeklinde gerçekleştirdiği bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça NVYD oranlarının anlamlı olarak azaldığı, C/S ile gerçekleşen doğum oranlarının ise anlamlı olarak arttığı görüldü. Katılımcıların eğitim durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2= 4,043$, $p=0,044$), (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların eğitim durumları ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları ve gebeliklerinin sonlanma şekillerinin karşılaştırılması.

(n=106)		Eğitim Durumu			$X^{2\ddagger}$	p
		Düşük Eğitim Durumu (n=43)	Orta Eğitim Durumu (n=28)	Yüksek Eğitim Durumu (n=35)		
Gebe Bilgilendirme Eğitimine Katılma Durumu	Evet (n=48)	21 (%48,8)	13 (%46,4)	14 (%40)	0,589	0,443
	Hayır (n=58)	22 (%51,2)	15 (%53,6)	21 (%60)		
Gebeliğin Sonlanma Şekli	NVYD* (n=35)	18 (%41,9)	10 (%35,7)	7 (%20)	4.043	0,044 [†]
	C/S** (n=71)	25 (%58,1)	18 (%64,3)	28 (%80)		

*NVYD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S** :Cesarean Section[‡]Ki kare testi kullanılmıştır ,[†]p<0,05.

4.7. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelir Düzeyleri İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Aylık ortalama gelir düzeyi düşük seviyede olan toplam 37 katılımcının 18'inin (%48,6) gebelik öncesi ya da esnasında doğum yöntemi olarak NVYD yapmayı, 6'sının (%16,2) ise C/S ile doğum yapmayı planladığı ve 13'ünün (%35,2) de herhangi bir doğum yöntemi planlamamış olduğu belirlendi. Aylık ortalama gelir düzeyi orta seviyede olan toplam 55 katılımcının 34'ünün (%61,8) gebelik öncesi ya da esnasında doğum yöntemi olarak NVYD yapmayı , 8'inin (%14,5) C/S ile doğum yapmayı planladığı ve 13'ünün de (%23,6) herhangi bir doğum yöntemi planlamamış olduğu belirlendi. Aylık ortalama gelir düzeyi yüksek seviyede olan toplam 14 katılımcının 6'sının (%42,9) gebelik öncesi ya da esnasında doğum yöntemi olarak NVYD yapmayı , 3'ünün (%21,4) C/S ile doğum yapmayı planladığı ve 5'inin (%35,7) de herhangi bir doğum yöntemi planlamamış olduğu belirlendi. NVYD şeklinin tüm gelir gruplarında gebelik öncesi ya da esnasında “en yüksek” oranda, C/S ile doğum şeklinin ise “en düşük” oranda planlanan doğum yöntemi olarak tercih edildiği görüldü de, katılımcıların aylık ortalama gelirleri ile gebelik öncesi ya

da esnasında planladıkları doğum yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2=2,677$, $p=0,613$), (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile planladıkları doğum yönteminin karşılaştırılması

(n=106)		Aylık Ortalama Gelir Düzeyi			X^2	p
		Düşük Gelir Düzeyi (n=37)	Orta Gelir Düzeyi (n=55)	Yüksek Gelir Düzeyi (n=14)		
Gebelik öncesi veya esnasında planlanan doğum yöntemi	NYVD* (n=58)	18 (%48,6)	34 (%61,8)	6 (%42,9)	2,677	0,613
	C/S** (n=17)	6 (%16,2)	8 (%14,5)	3 (%21,4)		
	Planlanmamış (n=31)	13 (%35,2)	13 (%23,6)	5 (%35,7)		

*NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S**:Cesarean Section [‡]Ki kare testi kullanılmıştır.

Aylık ortalama gelir düzeyi düşük seviyede olan toplam 37 katılımcının 8'inin (%21,6) 2.basamak sağlık merkezinde doğum yapmayı planladığı, 16'sının (%43,2) 3.basamak sağlık merkezinde doğum yapmayı planladığı ve 13'ünün (%35,1) de doğumlarını özel sağlık merkezinde yapmayı planladığı belirlendi. Aylık ortalama gelir düzeyi orta seviyede olan toplam 55 katılımcının 9'unun (%16,4) 2.basamak sağlık merkezinde doğum yapmayı planladığı, 15'inin (%27,3) 3.basamak sağlık merkezinde doğum yapmayı planladığı ve 31'inin (%56,4) de doğumlarını özel sağlık merkezinde yapmayı planladığı tespit edildi. Aylık ortalama gelir düzeyi yüksek seviyede olan toplam 14 katılımcının 1'inin (%7,1) 2.basamak sağlık merkezinde doğum yapmayı planladığı ve 13'ünün (%92,9) de özel sağlık merkezinde doğum yapmayı planladığı belirlendi. Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyleri arttıkça, doğumlarını gerçekleştirmeyi planladıkları 2.basamak sağlık merkezleri ve 3. basamak sağlık merkezleri oranlarının giderek azaldığı, buna karşılık özel sağlık merkezlerinin oranlarının giderek arttığı tespit edildi. Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyleri ile doğumlarını gerçekleştirmeyi

planladıkları sağlık merkezleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2=14,723$, $p=0,023$), (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile doğum yapmayı planladıkları sağlık merkezlerinin karşılaştırılması

(n=106)		Aylık Ortalama Gelir Düzeyi			X^2^*	p
		Düşük Gelir Düzeyi (n=37)	Orta Gelir Düzeyi (n=55)	Yüksek Gelir Düzeyi (n=14)		
Doğumun Planlandığı Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=18)	8 (%21,6)	9 (%16,4)	1 (%7,1)	14,723	0,023[†]
	3.Basamak (n=31)	16 (%43,2)	15 (%27,3)	0 (%0)		
	Özel Hastane (n=57)	13 (%35,1)	31 (%56,4)	13 (%92,9)		

*Ki kare testi kullanılmıştır [†] $p<0,05$.

Aylık ortalama gelir düzeyi düşük olan toplam 37 katılımcının 9'unun (%24,3) aile hekimliği dışındaki gebelik takiplerini 2.basamakta, 10'unun (%27) 3. basamak ve 18'inin (%48,6) de özel sağlık merkezlerinde yaptırdığı belirlendi. Gelir düzeyi orta seviyedeki 55 katılımcının 9'unun (%16,6) bu takiplerini 2.basamakta, 11'inin (%20) 3.basamak ve 35'inin (%63,6) de özel sağlık merkezlerinde yaptırdığı belirlendi. Gelir düzeyi yüksek olan toplam 14 katılımcının 1'inin (%7,1) aile hekimliği dışındaki takiplerini 2.basamakta yaptırdığı ve 13'ünün (%92,9) de özel sağlık merkezlerinde takiplerini yaptırdığı belirlendi. Katılımcıların aylık ortalama gelirleri ile aile hekimliği dışında takiplerini yaptırdığı merkezler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı, gelir düzeyi arttıkça aile hekimliği dışında 2. ve 3.basamak sağlık merkezlerinde takip oranlarının azaldığı, özel sağlık merkezlerinde takip oranlarının ise arttığı belirlendi ($X^2= 6,196$, $p=0,013$), (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile aile hekimliği dışındaki takiplerinin yapıldığı sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.

(n=106)		Aylık Ortalama Gelir Düzeyi			X^2^*	p
		Düşük Gelir Düzeyi (n=37)	Orta Gelir Düzeyi (n=55)	Yüksek Gelir Düzeyi (n=14)		
Aile hekimi dışı gebelik takibi merkezleri	2.Basamak (n=19)	9 (%24,3)	9 (%16,4)	1 (%7,1)	6,196	0.013 [†]
	3.Basamak (n=21)	10 (%27)	11 (%20)	0 (%0)		
	Özel Hastane (n=66)	18 (%48,6)	35 (%63,6)	13 (%92,9)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,05.

Aylık ortalama gelir düzeyi düşük seviyede olan toplam 37 katılımcının 4'ünün (%10,8) doğumunu 2.basamak sağlık merkezinde, 20'sinin (%54) 3.basamak sağlık merkezinde ve 13'ünün (%35,1) de doğumlarını özel sağlık merkezinde yaptıkları belirlendi. Aylık ortalama gelir düzeyi orta seviyede olan toplam 55 katılımcının 4'ünün (%7,3) doğumlarını 2.basamak sağlık merkezinde, 17'sinin (%30,9) 3.basamak sağlık merkezinde ve 34'ünün (%61,8) de doğumlarını özel sağlık merkezinde yaptıkları belirlendi. Aylık ortalama gelir düzeyi yüksek seviyede olan toplam 14 katılımcının 1'inin (%7,1) 2.basamak sağlık merkezinde, 1'inin (%7,1) 3. basamak sağlık merkezinde ve kalan 12'sinin (%85,7) de özel sağlık merkezinde doğumlarını yaptıkları tespit edildi. Gelir düzeyi arttıkça 2.basamak ve 3.basamak sağlık merkezlerindeki doğumların oranının azaldığı, buna karşın özel sağlık merkezlerindeki doğum oranlarının arttığı görüldü. Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyleri ile doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2 = 13,648$, $p=0,034$), (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile doğumlarını gerçekleştirdikleri merkezlerin karşılaştırılması

(n=106)		Aylık Ortalama Gelir Düzeyi			X ² *	p
		Düşük Gelir Düzeyi (n=37)	Orta Gelir Düzeyi (n=55)	Yüksek Gelir Düzeyi (n=14)		
Doğumun Gerçekleştiği Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=9)	4 (%10,8)	4 (%7,3)	1 (%7,1)	13,648	0,034 [†]
	3.Basamak (n=38)	20 (%54)	17 (%30,9)	1 (%7,1)		
	Özel Hastane (n=59)	13 (%35,1)	34 (%61,8)	12 (%85,7)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,05.

Aylık ortalama gelir düzeyi düşük seviyede olan toplam 37 katılımcının 21'inin (%56,8) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 16'sının (%43,2) bu eğitime katılmadığı, aylık ortalama gelir düzeyi orta seviyede olan toplam 55 katılımcının 24'ünün (%43,6) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 31'inin (%56,4) eğitime katılmadığı, ve yine aylık ortalama gelir düzeyi yüksek seviyede olan toplam 14 katılımcının 3'ünün (%21,4) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 11'inin (%78,6) ise katılmadığı belirlendi.

Katılımcıların aylık ortalama gelirleri arttıkça eğitime katılma oranlarının azaldığı ve eğitime katılmama oranlarının ise giderek arttığı belirlendi. Katılımcıların aylık ortalama gelirleri ile eğitimlere katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2=4,999$, $p=0,025$), (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumlarının karşılaştırılması

(n=106)		Aylık Ortalama Gelir Düzeyi			X ^{2*}	p
		Düşük Gelir Düzeyi (n=37)	Orta Gelir Düzeyi (n=55)	Yüksek Gelir Düzeyi (n=14)		
Gebe Bilgilendirme Eğitimine Katılma Durumu	Evet (n=48)	21 (%56,8)	24 (%43,6)	3 (%21,4)	4,999	0,025[†]
	Hayır (n=58)	16 (%43,2)	31 (%56,4)	11 (%78,6)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,05.

Aylık ortalama gelir düzeyi düşük seviyede olan toplam 37 katılımcının 17'sinin (%45,9) doğumlarını NVYD gerçekleştirdikleri, 20'sinin(%54,1) doğumlarını C/S ile yaptıkları, aylık ortalama gelir düzeyi orta seviyede olan toplam 55 katılımcının 17'sinin (%30,9) doğumlarını NVYD ile yaptıkları , 38'inin (%69,1) ise doğumlarını C/S ile gerçekleştirdikleri yine aylık ortalama gelir düzeyi yüksek seviyede olan toplam 14 katılımcının sadece 1'inin (%7,1) NVYD yaptığı ve 13'ünün (%92,9) ise C/S şeklinde doğurduğu tespit edildi. Aylık ortalama gelir seviyesi arttıkça, NVYD'lerin azaldığı ve C/S ile doğumların arttığı görüldü. Katılımcıların aylık ortalama geliri ile gebeliklerinin sonlanma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2=7,145$, $p=0,028$), (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların aylık ortalama gelir durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekillerinin karşılaştırılması

(n=106)		Aylık Ortalama Gelir Düzeyi			X ^{2‡}	p
		Düşük Gelir Düzeyi (n=37)	Orta Gelir Düzeyi (n=55)	Yüksek Gelir Düzeyi (n=14)		
Gebeliklerin Sonlanma Şekli	NVYD* (n=35)	17 (%45,9)	17 (%30,9)	1 (%7,1)	7,145	0,028[†]
	C/S** (n=71)	20 (%54,1)	38 (%69,1)	13 (%92,9)		

*NVYD:Normal Vaginal Yolla Doğum,C/S**:Cesarean Section [‡]Ki kare testi kullanılmıştır, [†]p<0,05.

4.8. Katılımcıların ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ne Katılma Durumları İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kendiliğinden gebe kalan toplam 94 katılımcının, 43’ünün (%45,7) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 51’inin (%54,3) ise gebe bilgilendirme eğitimlerine katılmadığı tespit edildi. Tedavi ile gebe kalabilen toplam 12 katılımcının 5’inin (%41,7) gebe bilgilendirme eğitimine katıldığı, 7’sinin (%58,3) ise gebe bilgilendirme eğitimlerine katılmadığı tespit edildi. Katılımcıların gebe kalma durumları ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2 = 0,071$, $p = 0,789$), (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile gebe kalma durumlarının karşılaştırılması

(n=106)		Eğitime Katılma Durumu (n=106)		X^2^*	p
		Evet (n=48)	Hayır (n=58)		
Gebe Kalma Durumu	Kendiliğinden (n=94)	43 (%45,7)	51 (%54,3)	0,071	0,789
	Tedavi ile (n=12)	5 (%41,7)	7 (%58,3)		

*Ki kare testi kullanılmıştır .

Doğumunu gebelik öncesi veya esnasında, NVYD şeklinde planlayan toplam 58 katılımcının 28’inin (%48,3) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldıkları, 30’unun (%51,7) ise bu eğitimlere katılmadığı tespit edildi. Doğumunu C/S şeklinde doğum olarak planlayan toplam 17 katılımcının 3’ünün (%17,6) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı, 14’ünün (%82,4) ise bu eğitimlere iştirak etmedikleri belirlendi. Gebelik öncesi veya esnasında doğum yöntemini henüz planlamamış durumda olan toplam 31 katılımcının 17’sinin (%54,8) gebe bilgilendirme eğitimine katıldıkları, 14’ünün (%45,2) ise bu eğitimlere katılmadıkları tespit edildi. Katılımcıların gebelik öncesi veya esnasında planladıkları doğum yöntemi ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı . Doğumunu C/S şeklinde planlayanların eğitimlere anlamlı şekilde yüksek oranda katılmadıkları belirlendi($X^2 = 7,138$, $p = 0,028$), (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile gebelik öncesi veya esnasında planladıkları doğum yönteminin karşılaştırılması.

(n=106)		Eğitime Katılma Durumu (n=106)		$X^{2\ddagger}$	p
		Evet (n=48)	Hayır (n=58)		
Gebelik öncesi veya esnasında planlanan doğum yöntemi	NYVD* (n=58)	28 (%48,3)	30 (%51,7)	7,138	0,028 [†]
	C/S** (n=17)	3 (%17,6)	14 (%82,4)		
	Planlanmamış (n=31)	17 (%54,8)	14 (%45,2)		

NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S: Cesarean Section [‡]Ki kare testi kullanılmıştır. [†]p<0,05.

Gebe bilgilendirme eğitimine katılan toplam 48 katılımcının 19'unun (%39,6) NYVD yaptıkları, 29'unun (%60,4) ise doğumlarını C/S şeklinde gerçekleştirdikleri tespit edildi. Bu eğitime katılmayan toplam 58 katılımcının 16'sının (%27,6) NYVD yaptıkları, 42'sinin (%72,4) ise doğumlarını C/S şeklinde gerçekleştirdikleri belirlendi. Katılımcıların eğitime katılma ya da katılmama durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($X^2 = 1,709$, $p = 0,191$), (Tablo 33).

Tablo 33 .Katılımcıların eğitime katılma durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekillerinin karşılaştırılması

(n = 106)		Eğitime Katılma Durumu (n=106)		$X^{2\ddagger}$	p
		Evet (n=48)	Hayır (n=58)		
Gebeliklerin sonlanma şekli	NYVD* (n=35)	19 (%39,6)	16 (%27,6)	1,709	0,191
	C/S** (n=71)	29 (%60,4)	42 (%72,4)		

*NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum , C/S** :Cesarean Section [‡]Ki kare testi kullanılmıştır .

Aile hekimliği dışında gebelik takiplerini 2.basamak sağlık merkezlerinde yaptıran toplam 19 katılımcının 11'inin (%57,9) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı, 8'inin (%42,1) ise bu eğitimlere katılmadığı, takiplerini 3.basamak sağlık merkezlerinde yaptıran toplam 21 katılımcının 12'sinin(%57,1) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı, 9'unun(%42,9) ise bu eğitimlere katılmadığı belirlendi. Aile hekimliği dışında gebelik takiplerini özel sağlık merkezlerinde yaptıran toplam 66 katılımcının 25'inin (%37,9) gebe bilgilendirme eğitimine katıldıkları, 41'inin (%62,1) ise gebe bilgilendirme eğitimlerine katılmadıkları tespit edildi. Katılımcıların aile hekimliği dışında takiplerini yaptırdıkları sağlık merkezleri ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2 = 3,872$, $p=0,144$), (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile aile hekimliği dışında takiplerini yaptırdıkları sağlık merkezlerinin karşılaştırılması

(n = 106)		Eğitime Katılma Durumu (n=106)		X^{2*}	p
		Evet (n=48)	Hayır (n=58)		
Aile hekimliği dışında gebelik takibi merkezleri	2.Basamak (n=19)	11 (%57,9)	8 (%42,1)	3,872	0,144
	3.Basamak (n=21)	12 (%57,1)	9 (%42,9)		
	Özel Hastane (n=66)	25 (%37,9)	41 (%62,1)		

*Ki kare testi kullanılmıştır.

Doğumunu 2.basamak sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan toplam 18 katılımcının 14'ünün (%77,8) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı 4'ünün (%22,2) ise bu eğitimlere katılmadığı, doğumunu 3.basamak sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan toplam 31 katılımcının 17'sinin (%54,8) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı, 14'ünün (%45,2) ise bu eğitimlere katılmadığı belirlendi. Yine doğumunu özel sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan toplam 57 katılımcının 17'sinin (%29,8) gebe bilgilendirme eğitimine katıldıkları, 40'ının (%70,2) ise gebe bilgilendirme eğitimlerine katılmadıkları tespit edildi. Doğumunu 2.basamakta

planlayan katılımcıların eğitime katılma durumları, özel sağlık merkezlerinde planlayanların ise eğitime katılmama durumları anlamlı olarak yüksekti. Katılımcıların doğumlarını planladıkları sağlık merkezleri ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2 = 14,311$, $p=0,001$), (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile doğumu planladıkları merkezlerin karşılaştırılması

(n = 106)		Eğitime Katılma Durumu (n=106)		X^2^*	p
		Evet (n=48)	Hayır (n=58)		
Doğumun Planlandığı Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=18)	14 (%77,8)	4 (%22,2)	14,311	0,001[†]
	3.Basamak (n=31)	17 (%54,8)	14 (%45,2)		
	Özel Hastane (n=57)	17 (%29,8)	40 (%70,2)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†] $p<0,01$.

Doğumunu 2.basamak sağlık merkezlerinde gerçekleştiren toplam 9 katılımcının 6'sının (%66,7) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı 3'ünün (%33,3) ise bu eğitimlere katılmadığı, doğumunu 3.basamak sağlık merkezlerinde gerçekleştiren toplam 38 katılımcının 23'ünün (%60,5) gebe bilgilendirme eğitimlerine katıldığı, 15'inin (%39,5) ise bu eğitimlere katılmadığı belirlendi. Yine doğumunu özel sağlık merkezlerinde gerçekleştiren toplam 59 katılımcının 19'unun (%32,2) gebe bilgilendirme eğitimine katıldıkları, 40'ının (%67,8) ise gebe bilgilendirme eğitimlerine katılmadıkları tespit edildi. Doğumunu 2. ve 3. basamakta gerçekleştiren katılımcıların eğitime katılma oranları, özel hastanede gerçekleştirenlerinse eğitime katılmama oranları anlamlı olarak yüksekti. Katılımcıların doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezleri ile gebe bilgilendirme eğitimine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2 = 28,261$, $p=0,000$), (Tablo 36).

Tablo 36. Katılımcıların eğitime katılma durumları ile doğumun gerçekleştiği merkezlerin karşılaştırılması

(n=106)		Eğitime Katılma Durumu (n=106)		X^2^*	p
		Evet (n=48)	Hayır (n=58)		
Doğumun Gerçekleştiği Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=9)	6 (%66,7)	3 (%33,3)	28,261	0,000[†]
	3.Basamak (n=38)	23 (%60,5)	15 (%39,5)		
	Özel Hastane (n=59)	19 (%32,2)	40 (%67,8)		

*Ki kare testi kullanılmıştır, [†] p<0,001.

4.9. Katılımcıların Gebeliklerinin Sonlanma Şekli İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Toplam 106 katılımcıdan, çalışmayan/ev hanımı olan 91 katılımcının 31'inin (%34,1) NVYD yaptığı, 60'ının (%65,9) ise doğumlarını C/S şeklinde gerçekleştirdikleri saptandı. Bir işte çalışan toplam 15 katılımcının 4'ünün (%26,7) NVYD, 11'inin (%73,3) ise C/S şeklinde doğum yaptıkları belirlendi. Eşleri bir işte çalışmayan toplam 11 katılımcının 7'sinin (%63,6) NVYD gerçekleştirdiği, 4'ünün (%36,4) ise doğumlarını C/S şeklinde gerçekleştirdikleri, eşleri bir işte çalışan toplam 95 katılımcının 28'inin (%29,5) NVYD gerçekleştirdiği ve 67'sinin (%70,5) ise doğumlarını C/S şeklinde yaptığı belirlendi. Katılımcıların çalışma durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($X^2=0,319$, $p=0,572$), katılımcıların eşlerinin çalışma durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Eşleri çalışmayan katılımcıların NVYD oranlarının, çalışan katılımcıların ise sezaryen doğum oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi ($X^2=5,202$, $p=0,023$), (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumlarının karşılaştırılması

(n = 106)		Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=106)		X^2	p
		NVYD* (n=35)	C/S** (n=71)		
Gebenin Çalışma Durumu	Çalışmıyor (n=91)	31 (%34,1)	60 (%65,9)	0,319	0,572
	Çalışıyor (n=15)	4 (%26,7)	11 (%73,3)		
Eşin Çalışma Durumu	Çalışmıyor (n=11)	7 (%63,6)	4 (%36,4)	5,202	0,023 [†]
	Çalışıyor (n=95)	28 (%29,5)	67 (%70,5)		

*NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S**:Cesarean Section[†]Ki kare testi kullanılmıştır , [†] p<0,05.

Geniş aile tipine sahip toplam 15 katılımcının 4'ünün (%26,7) NVYD, 11'inin (%73,3) C/S şeklinde doğumlarını yaptıkları, çekirdek aile tipine sahip toplam 91 katılımcının 31'inin (%34,1) NVYD,60'ının (%65,9) ise C/S ile doğum yaptığı belirlendi. Katılımcıların sahip oldukları aile tipi ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2= 0,319$, $p= 0,572$). Kendiliğinden gebe kalan toplam 94 katılımcının 34'ünün (%36,2) NVYD, 60'ının (%63,8) da C/S şeklinde doğum yaptığı, tedavi ile gebe kalabilen toplam 12 katılımcının sadece 1'inin (%8,3) NVYD ve kalan 11'inin (%91,7) ise C/S şeklinde doğum yaptığı belirlendi. Tedavi ile gebe kalabilen katılımcıların C/S oranları anlamlı olarak yüksekti. Katılımcıların gebe kalma durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2= 4,565$, $p =0,033$). Kronik hastalığı olan toplam 10 katılımcının 4'ünün (%40) NVYD, 6'sının (%60) ise C/S ile doğum yaptığı belirlendi. Kronik bir hastalığı olmayan toplam 96 katılımcının 31'inin (%32,3) NVYD ve 65'inin (%67,7) ise C/S ile doğum yaptığı belirlendi. Katılımcıların sahip oldukları mevcut kronik hastalık durumları ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2= 0,243$, $p =0,622$), (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile aile tiplerinin, gebe kalma durumlarının ve kronik hastalık durumlarının karşılaştırılması

(n = 106)		Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=106)		$X^{2\ddagger}$	p
		NVYD* (n=35)	C/S** (n=71)		
Aile Tipi	Geniş Aile (n=15)	4 (%26,7)	11 (%73,3)	0,319	0,572
	Çekirdek Aile (n=91)	31 (%34,1)	60 (%65,9)		
Gebe Kalma Durumu	Kendiliğinden (n=94)	34(%36,2)	60 (%63,8)	4,565	0,033 [†]
	Tedavi ile (n=12)	1 (%8,3)	11(%91,7)		
Kronik Hastalık Durumu	Var (n=10)	4(%40)	6(%60)	0,243	0,622
	Yok (n=96)	31(%32,3)	65 (%67,7)		

*NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S** :Cesarean Section[‡]Ki kare testi kullanılmıştır , [†] p<0,05.

Doğumunu gebelik öncesi veya esnasında NVYD şeklinde planlayan toplam 58 katılımcının 21'inin(%36,2) NVYD, 37'sinin (%63,8) ise C/S şeklinde doğum yaptığı belirlendi. Doğumunu C/S şeklinde doğum olarak planlayan toplam 17 katılımcının 3'ünün (%17,6) NVYD, 14'ünün (%82,4) ise C/S şeklinde doğum yaptığı belirlendi. Gebelik öncesi veya esnasında doğum yöntemini henüz planlamamış durumda olan toplam 31 katılımcının 11'inin (%35,5) NVYD, 20'sinin (%64,5) ise C/S şeklinde doğumlarını gerçekleştirdikleri belirlendi.

Katılımcıların gebelik öncesinde veya esnasında planladıkları doğum yöntemleri ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($X^2 = 2,168$, $p = 0,338$), (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile gebelik öncesi veya esnasında planladıkları doğum yönteminin karşılaştırılması.

(n = 106)		Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=106)		$X^{2\ddagger}$	p
		NVYD* (n=35)	C/S** (n=71)		
Gebelik öncesi veya esnasında planlanan doğum yöntemi	NYVD* (n=58)	21 (%36,2)	37 (%63,8)	2,168	0,338
	C/S** (n=17)	3 (%17,6)	14 (%82,4)		
	Planlanmamış (n=31)	11 (%35,5)	20 (%64,5)		

*NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S** : Cesarean Section[‡] Ki kare testi kullanılmıştır .

Gebelik öncesinde de hiç sigara kullanmayan 90 katılımcının 32'si (%35,6) NVYD, 58'i (%64,4) C/S ile doğum, sigarayı gebelikte bırakan 8 katılımcının 3'ü (%37,5) NVYD, 5'i (%62,5) C/S ile doğum ve gebeliğinde sigara kullanan 8 katılımcının tamamı (%100) C/S ile doğum yapmışlardır. Sigara kullananlarda C/S ile doğum oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($X^2 = 6,742$, $p=0,034$), (Tablo 40).

Tablo 40. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması

(n = 106)		Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=106)		$X^{2\ddagger}$	p
		NVYD* (n=35)	C/S** (n=71)		
Gebelik Öncesi ve Gebelikte Sigara Kullanım Durumu	Hiç kullanmadım (n=90)	32 (%35,6)	58 (%64,4)	6,742	0,034 [†]
	Gebelikte Bıraktım (n=8)	3 (%37,5)	5 (%62,5)		
	Halen Kullanıyorum (n=8)	0 (%0)	8 (%100)		

NYVD: Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S :Cesarean Section[‡]Ki kare testi kullanılmıştır ,[†]p<0,05.

Aile hekimliği dışında gebelik takiplerini 2.basamak sağlık merkezlerinde yaptiran toplam 19 katılımcının 12'sinin (%63,2) NVYD, 7'sinin (%36,8) ise C/S şeklinde doğum yaptığı, takipleri 3.basamakta yapılan toplam 21 katılımcının 14'ünün (%66,7) NVYD, 7'sinin (%33,3) ise C/S şeklinde doğum yaptığı belirlendi. Takiplerini özel sağlık merkezlerinde yaptiran toplam 66 katılımcının 9'unun (%13,6) NVYD, 57'sinin (%86,4) ise C/S şeklinde doğum yaptığı tespit edildi. Takiplerini özel sağlık merkezlerinde yaptiran katılımcılarda C/S şeklinde doğum oranı anlamlı olarak yůksekti. Katılımcıların aile hekimliği dışında takiplerini yaptırdıkları sağlık merkezleri ile gebeliklerinin sonlanma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2 = 34,207$, $p=0,000$). Dođumunu 2.basamak sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan toplam 18 katılımcının 8'inin (%44,4) NVYD 10'unun (%55,6) ise C/S şeklinde doğum yaptığı, doğumunu 3.basamak sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan toplam 31 katılımcının 21'inin (%67,7) NVYD, 10'unun (%32,3) ise C/S şeklinde doğum yaptığı belirlendi. Dođumunu özel sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan toplam 57 katılımcının 6'sının (%10,5) NVYD, 51'inin (%89,5) ise C/S şeklinde doğum yaptığı tespit edildi. Dođumunu özel sağlık merkezlerinde yapmayı planlayan katılımcılarda C/S şeklinde doğum oranı anlamlı olarak yůksekti. Katılımcıların doğum yapmayı planladıkları sağlık merkezleri ile gebeliklerinin sonlanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2=32,779$, $p=0,000$). Dođumunu 2.basamak sağlık merkezlerinde gerçekleştiren toplam 9 katılımcının 6'sının (%66,7) NVYD, 3'ünün (%33,3) ise C/S şeklinde doğum yaptığı, doğumunu 3.basamak sağlık merkezlerinde gerçekleştiren toplam 38 katılımcının 22'sinin (%57,9) NVYD, 16'sının (%42,1) ise C/S şeklinde doğum yaptığı belirlendi. Dođumunu özel sağlık merkezinde yapan toplam 59 katılımcının 7'sinin (%11,8) NVYD, 52'sinin (%88,1) ise C/S şeklinde doğum yaptığı tespit edildi. Dođumunu özel sağlık merkezinde yapan katılımcılarda C/S şeklinde doğum oranı anlamlı olarak yůksekti. Katılımcıların doğum yaptıkları merkezler ile gebeliklerinin sonlanma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($X^2 = 28,261$, $p=0,000$), (Tablo 41).

Tablo 41. Katılımcıların gebeliklerinin sonlanma şekilleri ile aile hekimliği dışında takip edildikleri, doğumlarını yapmayı planladıkları ve doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezlerinin karşılaştırılması.

(n = 106)		Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=106)		X^2	p
		NVYD* (n=35)	C/S** (n=71)		
Aile Hekimliği Dışında Gebelik Takiplerinin Yapıldığı Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=19)	12 (%63,2)	7 (%36,8)	34,207	0,000 [†]
	3.Basamak (n=21)	14 (%66,7)	7 (%33,3)		
	Özel Hastane (n=66)	9 (%13,6)	57 (%86,4)		
Doğumun Planlandığı Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=18)	8 (%44,4)	10 (%55,6)	32,779	0,000 [†]
	3.Basamak (n=31)	21 (%67,7)	10 (%32,3)		
	Özel Hastane (n=57)	6 (%10,5)	51 (%89,5)		
Doğumun Gerçekleştiği Sağlık Merkezi	2.Basamak (n=9)	6 (%66,7)	3 (%33,3)	28,261	0,000 [†]
	3.Basamak (n=38)	22 (%57,9)	16 (%42,1)		
	Özel Hastane (n=59)	7 (%11,8)	52 (%88,1)		

NYVD:Normal Vaginal Yolla Doğum, C/S:Cesarean Section [‡]Ki kare testi kullanılmıştır, [†] p<0,001.

Yapılan korelasyon analizlerinde katılımcıların eğitim durumu ile, evlenme yaşı, aile hekimliği dışındaki takip merkezleri, doğumun planlandığı yer ve doğum yapılan yer arasında düşük düzeyde, gebe kalma yaşı ve gebeliğin sonlanma şekli arasında ise çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir korelasyon saptandı (sırasıyla, r = 0,265, p=0,006, r=0,363, p=0,000, r = 0,496, p=0,000, r=0,451, p=0,000, r = 0,200, p=0,039, r = 0,195, p=0,045).

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyleri durumu ile, doğumun planlandığı yer arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir korelasyon saptandı ($r=0,197$, $p=0,043$).

Katılımcıların çalışma durumları ile evlenme yaşı, gebe kalma yaşı, doğumun planlandığı yer ve doğum yapılan yer arasında düşük düzeyde, aile hekimliği dışındaki takip merkezleri arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = 0,259$, $p=0,007$, $r=0,283$, $p=0,003$, $r=0,317$, $p=0,001$, $r = 0,259$, $p=0,007$, $r = 0,218$, $p=0,025$).

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu ile, evlenme yaşı, gebe kalma yaşı ve doğumun planlandığı yer arasında düşük düzeyde, aile hekimliği dışındaki takip merkezleri, gebeliğin sonlanma şekli ve doğumun yapıldığı yer arasında ise çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde korelasyon saptandı (sırasıyla, $r= - 0,300$, $p=0,002$, $r=- 0,329$, $p=0,001$, $r = - 0,251$, $p=0,009$, $r= - 0,244$, $p=0,012$, $r = - 0,222$, $p=0,022$, $r= - 0,234$, $p=0,016$).

Katılımcıların sahip oldukları aile tipi ile, evlenme yaşı, gebe kalma yaşı, aile hekimliği dışındaki takip merkezleri ve doğumun planlandığı yer arasında düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = 0,319$, $p=0,001$, $r=0,341$, $p=0,000$, $r = 0,258$, $p=0,008$, $r=0,282$, $p=0,003$).

Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyi ile evlenme yaşı, aile hekimliği dışındaki takip merkezleri, doğumun planlandığı yer, gebeliğin sonlanma şekli ve doğumun yapıldığı yer arasında düşük düzeyde, gebe kalma yaşı ile çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = 0,296$, $p=0,002$, $r=0,255$, $p=0,008$, $r = 0,314$, $p=0,001$, $r=0,250$, $p=0,010$, $r = 0,295$, $p=0,002$, $r = 0,238$, $p=0,014$)

Katılımcıların gebe bilgilendirme eğitimi alma durumu ile, doğumun planlandığı sağlık merkezi ve doğumun yapıldığı sağlık merkezi arasında düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = 0,359$, $p=0,000$, $r=0,297$, $p=0,002$) ,(Tablo 42).

Tablo 42.Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve eğitim alma durumları ile gebelik durumu ve gebelik sonlanma durumuna ait özelliklerinin karşılaştırılması

		Evlenme yaşı	Gebe kalma yaşı	Planlanan doğum yöntemi	Aile hekimliği dışındaki takip yeri	Doğumun planlandığı yer	Gebeliğin sonlanma şekli	Doğumun yapıldığı yer
Gebenin eğitim durumu	r	0,265**	0,200*	0,132	0,363**	0,496**	0,195*	0,451**
	p	0,006	0,039	0,178	0,000	0,000	0,045	0,000
Eşin eğitim durumu	r	0,148	0,044	0,091	0,150	0,197*	0,009	0,110
	p	0,129	0,652	0,352	0,125	0,043	0,929	0,264
Çalışma durumu	r	0,259**	0,283**	0,120	0,218*	0,317**	0,055	0,259**
	p	0,007	0,003	0,222	0,025	0,001	0,577	0,007
Eşin çalışma durumu	r	- 0,300**	- 0,329**	0,022	- 0,244*	- 0,251**	- 0,222*	- 0,234*
	p	0,002	0,001	0,823	0,012	0,009	0,022	0,016
Aile tipi	r	0,319**	0,341**	0,075	0,258**	0,282**	-0,055	0,147
	p	0,001	0,000	0,443	0,008	0,003	0,577	0,133
Aylık ortalama gelir	r	0,296**	0,238*	-0,042	0,255**	0,314**	0,250**	0,295**
	p	0,002	0,014	0,669	0,008	0,001	0,010	0,002
Gebe Eğitimi Alma Durumu	r	0,073	0,164	-0,004	0,188	0,359**	0,127	0,297**
	p	0,459	0,092	0,966	0,054	0,000	0,195	0,002

r= Spearman's rho katsayısı, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

*** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır, * Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır .*

Katılımcıların eğitim durumu ile “Sizce sezaryen doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?” sorusuna verdikleri cevapların ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon, “Doğum yöntemi tercihinde eşimin kararı önemlidir” önermesinin ortalama puanları arasında yine çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = 0,234$, $p = 0,016$, $r = - 0,192$, $p = 0,048$).

Katılımcı eşlerinin eğitim durumu ile “Sizce sezaryen doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?” sorusuna verdikleri cevapların ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon, “doğum yöntemi tercihinde ebeğin/hemşirenin kararı önemlidir” önermesinin ortalama puanları ve “doğum yöntemi tercihinde aile hekiminin kararı önemlidir” önermesinin ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r=0,226$, $p=0,020$, $r= -0,192$, $p=0,049$, $r= -0,194$, $p=0,047$).

Katılımcıların çalışma durumları ile, “Sizce normal doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?” sorusuna verdikleri cevapların ortalama puanları arasında, düşük düzeyde ve “doğum yöntemi tercihinde kadın doğum uzmanının kararı önemlidir” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında, çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r= 0,254$, $p=0,009$, $r=0,195$, $p=0,045$).

Katılımcıların aile tipi ile “Sizce sezaryen doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır?” sorusuna verdikleri cevapların ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0,210$, $p=0,031$).

Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyi ile “doğum yöntemi tercihinde ebeğin/hemşirenin kararı önemlidir” önermesinin ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon saptandı ($r= -0,192$, $p=0,049$), (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve eğitim alma durumları ile doğum yönteminde etkili olan faktörlerle ilgili ortalama puanlarının karşılaştırması

		[†] D1	[†] D2	[†] D3	[†] D4	[†] D5	[†] D6	[†] D7	[†] D8
Gebenin eğitim durumu	r	0,105	0,234*	-0,046	-0,192*	-0,189	0,009	0,043	0,108
	p	0,284	0,016	0,636	0,048	0,053	0,928	0,660	0,272
Eşin eğitim durumu	r	0,078	0,226*	-0,016	-0,026	-0,020	-0,192*	-0,194*	-0,062
	p	0,427	0,020	0,869	0,793	0,838	0,049	0,047	0,530
Çalışma durumu	r	0,254**	0,112	0,121	-0,122	-0,052	0,099	0,136	0,195*
	p	0,009	0,253	0,216	0,214	0,597	0,311	0,166	0,045
Eşin çalışma durumu	r	0,012	0,131	-0,129	0,060	0,110	0,061	0,082	0,089
	p	0,906	0,182	0,188	0,544	0,262	0,536	0,401	0,364
Aile tipi	r	-0,078	0,210*	0,065	-0,110	-0,174	-0,018	-0,066	0,027
	p	0,427	0,031	0,508	0,261	0,074	0,857	0,499	0,786
Aylık ortalama gelir	r	0,131	0,131	0,084	-0,060	-0,040	-0,192*	-0,105	0,010
	p	0,179	0,180	0,393	0,540	0,684	0,049	0,284	0,921
Gebe Eğitimi Alma Durumu	r	-0,105	0,068	0,043	0,070	-0,033	0,084	0,105	0,139
	p	0,285	0,488	0,659	0,473	0,740	0,393	0,286	0,156

[†]1=En az, 5=En çok, r= Spearman's rho katsayısı, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır, * Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır .

Tablo 43'deki kısaltmalar **D1:** Sizce normal doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır? **D2** Sizce sezaryen doğum anne ve bebek için ne kadar sağlıklıdır? **D3:** Doğum yöntemi tercihinde benim kararım önemlidir. **D4:** Doğum yöntemi tercihinde eşimin kararı önemlidir. **D5:** Doğum yöntemi tercihinde aile büyüklerinin kararı önemlidir. **D6:** Doğum yöntemi tercihinde ebenin/ hemşirenin kararı önemlidir. **D7:** Doğum yöntemi tercihinde aile hekiminin kararı önemlidir. **D8:** Doğum yöntemi tercihinde kadın doğum uzmanının kararı önemlidir.

Katılımcıların eğitim durumları ile, “doğum yöntemleri ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahibim” önermesi ile ilgili ortalama puanları, “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi ebe/hemşireden aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları, “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi aile hekiminden aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları, “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kadın doğum uzmanından aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları ve “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kitle iletişim araçlarından aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında düşük düzeyde ,istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r=0,383$, $p=0,000$, $r= 0,279$, $p=0,004$, $r= 0,328$, $p=0,001$, $r=0,301$, $p=0,002$, $r=0,378$, $p=0,000$).

Katılımcıların çalışma durumları ile “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kadın doğum uzmanından aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde ,istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0,201$, $p=0,039$).

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumları ile “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kitle iletişim araçlarından aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon saptandı ($r= - 0,254$, $p=0,009$).

Katılımcıların aylık ortalama geliri ile “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kitle iletişim araçlarından aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r= 0,197$, $p=0,043$)

Katılımcıların gebe bilgilendirme eğitimi alma durumu ile, “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi akraba, komşular, arkadaştan aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü, “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi aile hekiminden aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında çok düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve “doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kadın doğum uzmanından aldım” önermesi ile ilgili ortalama puanları arasında düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = -0,192$, $p=0,049$, $r=0,206$, $p=0,034$, $r= 0,393$, $p= 0,000$), (Tablo 44).

Tablo 44.Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve eğitim alma durumları ile doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri ortalama puanlarının karşılaştırması

		[†] E1	[†] E2	[†] E3	[†] E4	[†] E5	[†] E6
Gebenin eğitim durumu	r	0,383**	-0,071	0,279**	0,328**	0,301**	0,378**
	p	0,000	0,469	0,004	0,001	0,002	0,000
Eşin eğitim durumu	r	0,191	-0,041	-0,026	0,028	0,122	0,111
	p	0,050	0,677	0,791	0,772	0,214	0,258
Çalışma durumu	r	0,138	-0,114	0,081	0,106	0,201*	-0,078
	p	0,159	0,244	0,407	0,278	0,039	0,427
Eşin çalışma durumu	r	0,060	0,085	0,054	0,024	-0,026	-0,254**
	p	0,542	0,388	0,581	0,808	0,788	0,009
Aile tipi	r	0,078	-0,091	0,068	0,050	0,155	-0,158
	p	0,426	0,354	0,487	0,608	0,112	0,106
Aylık ortalama gelir	r	0,164	0,055	0,037	0,000	0,163	0,197*
	p	0,093	0,572	0,705	0,995	0,096	0,043
Gebe Eğitimi Alma Durumu	r	0,168	- 0,192*	0,180	0,206*	0,393**	-0,029
	p	0,085	0,049	0,064	0,034	0,000	0,768

[†]1=En az, 5=En çok, r= Spearman's rho katsayısı, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır, * Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır .

Tablo 44'deki kısaltmalar: **E1:** Doğum yöntemleri ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahibim. **E2:** Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi akraba, komşular, arkadaştan aldım. **E3:** Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi ebe, hemşireden aldım. **E4:** Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi aile hekiminden aldım. **E5:** Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kadın doğum uzmanından aldım. **E6:** Doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi kitle iletişim araçlarından (gazete, dergi, tv, internet, sosyal medya vb) aldım.

5. TARTIŞMA

Birinci basamakta yürüttüğümüz kesitsel tipte bu çalışma, iki Aile Sağlığı Merkezinde bulunan toplam on bir aile hekimliği birimine kayıtlı ilk kez doğum yapacak olan 106 nullipar kadın üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların tamamı ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ne davet edilmiş, 48’i (%45,3) gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir. Yaptığımız çalışma sonucunda katılımcıların tümünde gerçekleşen doğumlarda, C/S ile doğum oranı (%67), NVYD oranı (%33) olarak bulunmuştur. C/S ile doğumların, ailenin ortalama aylık geliri, gebenin eğitim düzeyi, gebenin eşinin çalışma durumu, kendiliğinden ya da tedavi ile gebe kalma durumu, aile hekimi dışında takip edildikleri sağlık merkezi, doğumun planlandığı sağlık merkezi ve doğumun gerçekleştiği sağlık merkezi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır. Doğumun sonlanma şekli açısından ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ne katılanlarda C/S oranları (%60,4) eğitime katılmayanlara göre (%72,4) daha düşük olmakla birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $25,7 \pm 4,8$, evlenme yaşı ortalaması $23,9 \pm 4,6$ olarak saptanmıştır. Koyuncu ve arkadaşlarının 2013 yılında 222 gebe ile yaptıkları çalışmalarında gebelerin yaş ortalaması $23,04 \pm 4,28$ olarak saptanmıştır (93). Çalışmamızdaki rakamlarla benzer şekilde, Vatansever’in 600 primiparla yaptığı çalışmasında gebelerin yaş ortalaması $25,33 \pm 4,32$ olarak bulunmuştur (94). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı verilerine göre ülkemizde ilk doğumunu gerçekleştiren annelerin ortalama yaşı 26,4 ve kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşı 25 olarak bildirilmiştir ve bizim çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermektedir. Aynı şekilde ülkemizde 2019 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı, bizim çalışmamızda bulunan gebe kalma yaşı ortalaması $25,3 \pm 4,9$ ile de uyumlu şekilde, 25-29 yaş grubunda görülmüştür. Bu durum, ülkemizde önceki istatistiklere göre doğurganlığın, kadının daha ileri yaşlarında gerçekleştiğini göstermektedir (95).

Çalışmamızdaki katılımcıların ve eşlerinin eğitim durumu sonuçları, düşük eğitim durumunda kadın nüfusun oranlarının, orta eğitim durumunda ise erkek nüfusun oranlarının daha yüksek olması ile ülkemiz eğitim öğretim ve cinsiyet karşılaştırma istatistikleri ile uyumlu iken, yüksek eğitim durumunda kadın nüfus oranlarının daha yüksek çıkması ile aynı istatistiklerle farklılık göstermiştir (96). Kartal ve arkadaşlarının bir çalışmasında, ayrıca Pirdal ve arkadaşlarının çalışmasında da

çalışmaya dahil edilen gebelerin yüksek eğitim oranı ülke ortalaması üzerinde bulunmuştur(97,98). Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin yüksek eğitim oranı (üniversite, doktora) %19 saptanmıştır(99). Bizim çalışmamızda da, yüksek eğitim durumundaki gebe kadın oranı (%33), ülke ortalamasından (%13,9) fazla saptanmıştır. Yüksek eğitim durumundaki gebelerin tamamının çekirdek ailede yaşadığı ve bu eğitim grubunda gelir düzeyinin de anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik statü (SES) yükseldikçe, kadınlarda daha belirgin olmak üzere, evlilik yaşı da yükselmektedir (100). Bizim çalışmamızda da yüksek eğitim grubundaki gebelerde, anlamlı şekilde evlenme ve gebe kalma yaşları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki korelasyon analizlerinden, gebenin eğitim düzeyi durumunda artış ile, evlenme ve gebe kalma yaşı, aile hekimliği dışı gebeliğin takip edilme yeri, doğumun planlandığı yer, ve doğumun yapıldığı yer ayrıca da gebeliğin sonlanma şekli durumlarının aynı yönde birlikte hareket ettikleri saptanmıştır. Yüksek eğitim durumu arttıkça özel hastane tercihi ve C/S oranları da anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) sonuçları Türkiye'de yaşanan sosyoekonomik değişimin bir sonucu olarak aile yapısındaki çekirdekleşme ve geniş, özellikle de ataerkil geniş aile yapısında gözlenen çözülme eğilimlerinin devam ettiğini göstermektedir(100). Ülkemizde geniş aile tipi Türkiye ortalaması oranı 2019 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) çalışması istatistiklerine göre %15 düzeyinde olup çalışmamızla uyumludur (95). Çekirdek aile tipi Türkiye ortalaması oranı ise aynı çalışmada % 65,1 şeklinde yayınlanmıştır. Temizkan ve Mete'nin 102 primiparla yaptığı çalışmada gebelerde çekirdek aile oranı %84,3, geniş aile oranı %15,7 olarak açıklanmıştır ve bu çalışmada aile tipi ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (101). Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında da çekirdek aile oranı %87,6, geniş aile oranı %12,4 olarak verilmiş olup, bu çalışmada da aile tipi ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (102). Bizim çalışmamızdaki gebelerin çekirdek aile oranı % 85,8, geniş aile oranı ise %14,2 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da aile tipi ile gerçekleşen doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Ülkemiz 2019 yılı işgücü istatistiklerine göre işsizlik oranı 15-64 yaş arası erkeklerde %12,4 ve kadınlarda %16,5 saptanmıştır (103). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları

bir çalışmada gebe kadınların bir işte çalışma oranı sadece %8 olup, büyük kısmının ev hanımı olduğu ve yine büyük oranda orta düzeyde ortalama gelire sahip olduğu bulunmuştur (104). Elkin'in yaptığı çalışmada gebelerde çalışma oranı %18,2 bulunmuş ve bizim çalışmamızdan farklı olarak, çalışma durumu ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışan gebelerde, C/S oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (11). Öner ve Koçaş'ın sezaryen doğumlarla ilişkili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, C/S ile kadının çalışması arasında C/S artışı yönünde anlamlı ilişki olduğu bildirimini yapmışlardır (105). Bizim çalışmamızda gebelerin büyük kısmı ev hanımı olup, çoğu orta düzeyde gelire sahiptir ve işgücüne katılımları düşüktür ve çalışan kesimi azınlıktadır (%14,2). Benzer şekilde, büyük kısmının orta düzeyde ortalama aylık gelire sahip oldukları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda gebenin çalışma durumu ile gebeliğin sonlanma şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ardıç'ın yaptığı çalışmada da benzer şekilde gebenin çalışması ile yüksek C/S oranları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (106). Literatürde, Gebremedhin'in çalışan kadınlarla çalışmayanlar arasında, C/S oranları ile ilişkili olarak, Etiyopya'da yaptığı bir çalışmada C/S oranları açısından anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (107).

Çatak ve arkadaşlarının 720 gebeyle yaptıkları çalışmada gebe eşlerinin %11,1'i işsiz saptanmıştır (108). Yine bizim çalışmamızda katılımcıların eşlerinde/erkeklerde işsizlik oranı %10,4 düzeyinde olup, ülke ortalamasının altında bulunmuştur (103). Yağmur'un yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde eşin çalışma durumu ile gebenin doğum şekli arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eşi çalışanlarda anlamlı olarak C/S oranları yüksek bulunmuştur (109). Bizim çalışmamızda da eşin çalışması ile doğum şeklinin anlamlı olarak C/S yönünde yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamızda gebelerin tedavi ile gebe kalma durumları da sorgulanmıştır. İnfertilite bir yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye rağmen, gebeliğin oluşmamasıdır. İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, dünya çapında toplumsal bir sağlık sorunu ve bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Dünya'da % 8-12 arasında bildirilen infertilite oranı, Türkiye'de evli çiftlerde %10-20 arasındadır (110). Arabacıoğlu'nun çalışmasında, gebe kalabilmek için yardımcı üreme tekniklerinin (YÜT) kullanım durumu sorgulandığında,%8,6 gebenin yardımcı bir tekniği kullandığı

bildirilmiştir (111). Bizim çalışmamızda da tedavi ile gebe kalabilen katılımcı oranı, bu rakamlarla uyumlu şekilde %11,3 olarak saptanmıştır. Fertilite çeşitli faktörlere bağlı olarak etkilenir. Yaş faktörü bunlar arasında en önemlilerinden birisidir ve yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Yaşla birlikte overlerde folikül kalitesinde azalma olmakta, fertilize olan ovumun implantasyon şansı azalmaktadır (112). Ülkemizde de evlenme, ilk gebelik ve doğum yaşlarında meydana gelen artış, infertilite sorunlarını ve beraberinde de tedavi ile kalınabilen gebeliklerin artışını tetikleyebilir ve kıymetli bebek olgusu üzerinden sezaryen doğum oranlarının daha da artmasına sebep olabilir. Fakat “kıymetli bebek” olgusu gerçekten doğumun C/S şeklinde olmasını gerektirecek geçerli bir endikasyon mudur? Literatüre bakıldığında, Vilchez ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada “kıymetli bebek” olgusu nedeniyle annenin artan kaygısının, daha çok komplikasyon ve artmış C/S oranlarını beraberinde getirdiği, artmış elektif sezaryenin maternal ve neonatal komplikasyonları azaltmadığı, aksine neonatal komplikasyonların C/S sonrası en yüksek olduğu bildirilmiş ve YÜT ile oluşan gebelikler için de vajinal doğumun daha iyi bir seçenek olduğu ifade edilmiştir (113). Nijerya’da yapılan bir çalışmada ise infertilite öyküsü (%40,7) C/S için en sık sebep iken, ilerlemiş gebe yaşı, zor doğum öyküsü ve doğum esnasındaki fetal kayıp öyküsü diğer tercih nedenleri olarak belirlenmiştir (114). Halimoğlu ve arkadaşlarının sezaryenle doğum yapan 850 gebe ile yaptıkları, kıymetli bebek endikasyonunun sezaryen oranları üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, sezaryen doğumun sosyal endikasyonları içerisinde en büyük oranı (% 86,5) tedavi ile bebek sahibi olma (kıymetli bebek) durumunun oluşturduğu saptanmıştır (115). Gözükkara ve arkadaşlarının bir eğitim ve araştırma hastanesinde ilk doğumunu yapan 350 primipar kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında, gerçekleştirilen doğum şekli ile infertilite tedavisi alma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ve gebe kalmak için tedavi alanlarda sezaryenle doğum yapma oranı daha yüksek bulunmuştur (116). Koca-Çoban’ın gebelerin sezaryen doğum tercihini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında da ilk sırada ‘doğumdan korkma’ gelmekte, ikinci nedeni ise ‘kıymetli bebek’ (in vitro fertilizasyon tedavisi ile bebek) sahibi olmak oluşturmaktadır (117). Bizim çalışmamızda da tedavi ile gebe kalma durumu ile gebeliğin sonlanma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış ve

tedavi ile (kıymetli bebek) gebe kalanlarda C/S şeklinde doğum oranlarının (%91,7), anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların gebelik öncesi veya esnasında planladıkları doğum yöntemleri ile gerçekleşen doğum yöntemleri de karşılaştırılmıştır. Yaşar ve arkadaşlarının Afyon'daki yataklı tedavi kurumlarında yürüttükleri ve ilk kez doğum yapmış 314 gebeyle yaptıkları çalışmalarında gerçekleşen doğumlara bakıldığında NVYD oranı düşük, C/S ile doğum yapma oranı ise yüksek olarak bulunmuştur. Oysa bu gebelerin aslında doğum öncesinde tercihleri tam tersine, normal doğum oranı yüksek, sezaryen doğum oranı ise düşük şeklindedir. Yine aynı çalışmada doğum sonrası gebelere, doğum şekline göre aslında yapmak istedikleri doğum şekli sorgulandığında C/S ile doğum yapanların %72,9'unun aslında NVYD'yi tercih ettikleri bulunmuştur (118). Gözü kara ve arkadaşlarının bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan 350 primipar kadın ile primipar kadınların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında da, planlanandan daha az oranda NVYD ve daha fazla oranda C/S ile doğum gerçekleştiği belirlenmiştir (116). Çalışmamızdan farklı olarak, Aktaş ve arkadaşlarının bir fakülte hastanesinde 230 kadınla gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise planlanan doğum yöntemi ile gerçekleşen doğum yöntemi birbirine yakın çıkmıştır (119). Normal doğum yapmayı isteme oranı bu kadar yüksek iken, gerçekleşen sezaryen doğum oranlarının yüksekliğinin gebenin eğitim ve bilgilendirme eksikliğinden, normal doğum konusunda olumlu bir şekilde desteklenmemesinden, hekimin yönlendirici etkisinden, kişisel karar verme becerilerinin eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (94). Bizim çalışmamızda da katılımcıların gerçekleştirdiği doğumlar incelendiğinde, NVYD sayıları planlanandan düşük, C/S şeklinde olan doğumlar ise planlanandan yüksek gerçekleşmiştir.

Gebelikte sağlık sorunu ve ailevi sorun yaşanması gebelik için risk faktörleridir. Nitekim, gebelikteki bireysel ve ailesel riskler, özellikle obstetrik, tıbbi öykü ve şimdiki gebeliğe bağlı çeşitli risk faktörleri düşük tehdidini, erken doğum tehdidini, preeklampsiyi, doğum korkusunu ve “sezaryen doğumları”, bebek ölümü, konjenital anomalili bebek doğumu, doğum sonrası enfeksiyon ve doğum sonrası ruhsal sıkıntı yaşama riskini artırmaktadır (120). Can ve arkadaşlarının Konya'da bir hastanede

118 gebe ile yaptıkları bir çalışmada, gebelerin genel olarak ciddi bir sağlık problemi yaşamadıkları saptanmıştır (121). Yeşimtekin'in 361 doğum yapan kadınla yaptığı çalışmada katılımcıların %80'e yakını normal bir gebelik geçirdiğini ya da önemsiz, ciddi olmayan sorunlar yaşadığını belirtmiştir (122). Kılıçarslan Edirne'de 340 gebeyle yaptığı tez çalışmasında gebelerin %97,7 sinin gebeliği esnasında bir rahatsızlık geçirmemiş olduğunu belirtmiştir (99). Yine Tirkeş'in 337 gebe ile yaptığı çalışmasında gebeliğinde hiçbir sağlık sorunu yaşamama oranı % 93,4 bulunmuştur(123). Elkin'in yaptığı çalışmada gebelikte sorun yaşama ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki olduğu ve sorun yaşayan gebelerde C/S oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (11). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların, “gebelikte sağlık sorunu yaşama” ve “gebelikte ailevi sorun yaşama” sorularının ortalama puanlamaları her iki durum içinde anlamlı şekilde düşük saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcılar genel olarak gebelikleri esnasında ciddi anlamda bir sağlık sorunu ya da ailevi soruna maruz kalmamıştır.

Çağdaş standartlara göre doğum öncesi bakımın (DÖB) yeterli kabul edilmesi için, ilk kontrolün gebeliğin ilk üç ayı içinde gerçekleşmesi, takibin bir sağlık profesyoneli tarafından yapılması ve gebelik süresince kontrol sayısının en az dört olması gerekmektedir. 2018 TNSA sonuçlarına göre ülkemizde doğum öncesi bakım alan gebe oranı %96, yeterli sayıda (4'ün üzerinde) doğum öncesi bakım oranı ise % 90 olarak açıklanmıştır (124). Kılıçarslan son trimestirdeki 340 gebe ile yaptığı çalışmasında, gebelerin % 99,7 oranı da gebelik takiplerini yaptırdığı bu takiplerinde büyük kısmının özel sağlık merkezlerinde gerçekleştiğini bulmuştur (99). Uzun ve arkadaşlarının İstanbul'da kadın hastalıkları polikliniğine başvuran 500 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin düzenli takip ve kontrollerini % 85,5 oranında yaptırdıkları saptanmıştır(125). Arabacıoğlu'nun 128 gebe ile yaptığı çalışmasında gebelerin %75'inin ayda bir ya da on beş gün aralıkla doğum öncesi takip ve kontrollerine gittiği belirlenmiştir (111). Koyuncu ve arkadaşlarının Gaziantep'te 222 gebe ile yaptıkları çalışmada antenatal dönemde kontrole gitme sayı ortalaması $7,09 \pm 2,13$ 'tür. Gebelerin %88,3'ünün düzenli kontrole gittiği, %79,7'sinin ise devlet hastanesinde antenatal bakım aldıkları saptanmıştır(93). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan gebelerin %95'inin düzenli olarak doğum öncesi kontrollere gittiği ve bakım aldığı bulunmuştur(104). Çatak ve arkadaşlarının

Bursa’da 720 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin tamamı en az bir kez aile hekimi ve/veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanından DÖB almıştır(108). Nepal’de yapılan bir çalışmada gebelerin %28’i (126), Nijerya’da yapılan bir çalışmada %44’ü (127) ve Zambiya’da ise %2’si (128) hiç DÖB almamıştır. Ardıç’ın 500 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin 4 ve üzeri sayıda DÖB alma oranı %88,2 saptanmıştır ve bu sayının(4 ve 4 üzeri) doğum şekilleri ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır(106). Benzer şekilde Canbal ve arkadaşlarının çalışmasında da DÖB alma ya da almama durumu ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (129). Çalışmamızdaki gebelerin DÖB takiplerinin sayısı ve oranına ait veri olmamakla beraber, hepsinin bir aile hekimliğine kayıtlı olması, gebelikleri boyunca bu aile hekimliği birimince en az dört kez DÖB verileceği anlamına gelmektedir. Hepsinin de, çalışmamızda aile hekimliği dışında bir sağlık merkezinde takip edildiklerini belirtmiş olmaları ile DÖB sayılarının daha da yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda, gebelerin bu takiplere verdikleri önemi sorguladığımızda, ülkemiz DÖB oranları ile paralellik gösterir şekilde, hem gebelik takiplerini, hem de bu takiplerin aile hekimliğinde düzenli yaptırılmasını ileri derecede önemsedikleri, aynı zamanda da gebelik takiplerinin aile hekimliği ile beraber hastanede de düzenli yapılmasının gebeler tarafından en ileri derecede önemsendiği belirlendi.

Esencan-Yılmaz ve arkadaşlarının gebe eğitim merkezinde gebe eğitim okulunda doğuma hazırlık eğitimine katılmış olan 180 gebe kadınla yaptıkları araştırmada, araştırmaya katılan kadınların doğum yaptıkları yerlere göre doğum şekillerine bakılmış ve kadınların yarısından fazlası (% 53,6) özel hastanede doğurmuş ve bu doğumların sezaryen oranı devlet hastanesine göre daha yüksek çıkmıştır (%68,9). Doğum yeri ve şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (130). Yaşar ve arkadaşlarının 314 primiparla yaptığı çalışmada, gebeliği boyunca özel muayenehane ve özel hastanelerde takip edilen gebelerde ve çalışan bayanlarda diğer yerlerde takip edilen gebelere göre anlamlı yüksek sezaryen oranları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada ekonomik durumun yükselmesiyle de sezaryen tercih oranının arttığı bildirilmiştir(118). Bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak Yağmur ve arkadaşları çalışmalarında gerçekleşen doğum şekli ile gebeliğin takip edildiği yer, doğumun yapıldığı yer arasında sezaryen doğum oranlarının artışı yönünde

istatistiksel olarak anlamlı fark saptamışlardır (109). Literatürde, Bhatia ve arkadaşları çalışmalarında, özel sektör sağlık tesislerini, Hindistan'da sezaryen doğumlarında önemli artışla ilişkilendirmiştir (131). Bizim çalışmamızda da gebeler doğumu planladıkları, takiplerini yaptırdıkları ve doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezi olarak en fazla özel sağlık merkezlerini tercih etmişlerdir ve bu merkezlerde sezaryen oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Literatürde NVYD için hekim önerilerini taradığımızda, Yaşar ve arkadaşlarının primipar gebelerle yaptıkları çalışmalarında doktorların önerisi nedeniyle normal vajinal doğumu tercih ettiğini belirten kişi oranı %12,1'dir ve bu çalışmada özellikle gebelerin normal doğum hakkında yeterince bilgilendirilmediği görülmüştür (118). Sönmez ve Sivaslıoğlu'nun 419 gebeyle yaptığı çalışmada vajinal doğumu tercih edenlerin sadece % 0,4'ü bunun hekiminin tercihi olduğunu söylemiştir. Aynı çalışmada sezaryen doğum yapanlarda ise hekimin etkisinin yüksek (%61,8) oranda (%38,3 gebe ile beraber hekim, %23,5 yalnızca hekim) olduğu saptanmıştır (132). Koca-Çoban'ın yaptığı çalışmada NVYD yapan 64 gebeye NVYD için hekimin önerisi % 17,1 olarak saptanmıştır (117). Gözükkara ve arkadaşlarının bir eğitim ve araştırma hastanesinde primipar gebelerle yaptıkları çalışmada NVYD planlayan gebelere, vajinal doğum için doktor önerisi sadece %2,6 olarak saptanmıştır (116). Karabulutlu' nun çalışmasında da doktorun normal doğum önerisi %2,5' luk en düşük diğer nedenler kategorisinin içinde yer alırken, C/S'in doktor tarafından istemi %50 olmuştur (133). Genel olarak vajinal doğum tercihlerinde doktor önerileri ve teşvikleri düşük oranda gözükmektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcılar takiplerini yapan gerek aile hekiminin, gerekse hastane hekiminin normal doğumu önerme durumlarının anlamlı oranda düşük ve yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Gebelik sırasında sigara içilmesinin fetal büyüme üzerine olumsuz etkisi bulunmuştur ve sigara içmek gebelikte değiştirilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (134). İngiltere'de yetişkinlerde yapılan sigara alışkanlıkları anketinde gebelerin genellikle sigarayı bıraktıkları ancak %7'sinin gebelik sırasında sigara içmeye devam ettikleri gözlenmiştir (135). Yine İngiltere'de yapılan diğer bir çalışmada ise gebe kadınların %20'sinin gebelik sırasında da sigara içtikleri gözlenmiştir (136). Marakoğlu ve Sezer'in gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada gebelerin %17'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir (137). Semiz ve arkadaşlarının

yaptığı bir başka çalışmada, gebelerin %20,0'sinin sigara kullandığı belirtilmektedir (138). Pirdal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanan gebelerin gebelik döneminde büyük oranda sigarayı bıraktığı ve anne adaylarından sadece %2,5'inin sigara içmeye halen devam ettiği saptanmıştır (98). Räisänen ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada gebelerin %2.6'sının gebeliğin ilk trimestrinde sigarayı bıraktığı %12.5'inin ise tüm gebeliği boyunca sigara kullanımına devam ettiği belirlenmiştir (139). Gomez ve arkadaşları ise Fransa'daki gebe popülasyonundaki sigara içim oranını %25,1 olarak bildirmişlerdir (140). Ananth ve arkadaşları Kanada da yaptıkları 61,667 gebe kadını içeren prospektif çalışmalarında, sigara içme oranını %33 olarak bulmuşlardır ve bu çalışmalarında sigara içen ve içmeyen gebeleri karşılaştırdıklarında plesanta dekolmanı ile gebelikte sigara içme arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır (141). Sigara içimi plesanta dekolmanı için, plesanta dekolmanı da sezaryen doğum için risk faktörleridir. Açık göz ve arkadaşlarının çalışmasında, bizim çalışmamızdan farklı olarak sigara kullanımı ile doğum şekilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (102). Gebelik dönemi, sigara kullanıcısı anne adaylarının sigarayı bırakması yönünde teşvik edilmesinde, aile hekimleri için önemli bir fırsat olarak görülmektedir. Gebelik öncesi sigara kullanan gebelerin yarısının gebelikte sigarayı bırakmasıyla, çalışmamızdaki gebelikte sigara kullanım oranı %7,5 olmuştur. Bizim çalışmamızda gebelikte sigara kullanımı anlamlı şekilde yüksek oranda C/S ile ilişkili bulunmuştur.

Hamilelik sırasında annenin içki içmesi dünya genelinde popülasyonlar arasında ve içinde farklılık gösterir (142). May ve arkadaşlarının Güney Afrika'da Fetal Alkol Sendromu (FAS) üzerine yaptıkları çalışmalarının yayınında ABD, İngiltere ve Kanada'da gebe kadınların %20-32'sinin gebeliği sırasında alkol kullandığı, bazı Avrupa ülkelerinde ise bu oranın %50'nin üstünde olduğu bilgisi yer almaktadır ve FAS sıklığı, annenin başlıca gebeliğindeki alkol tüketim alışkanlığı ile ilgilidir (143). Koca-Çoban'ın 2015'te Sivas'ta devlet hastanesi doğum kliniğinde gebelerle yaptığı çalışmasında hiçbir gebenin gebeliği sırasında alkol veya uyuşturucu madde kullanmadığını belirtmiştir (117). Pirdal ve arkadaşlarının çalışmasında da önceden alkol kullanan gebelerin tamamının gebelikte alkol kullanımını terk ettiği ve gebelerin hiçbirinin gebeliğinde alkol kullanmadığı bildirilmiştir (98). Bizim çalışmamızda da ülkemizdeki çalışmalara benzer şekilde önceden alkol kullanan

gebe sayısı sadece bir kişiydi (%0,9). Bu gebenin de gebelik esnasında alkolu bırakmasıyla, hiç bir gebemiz gebeliğinde alkol kullanmamıştır. Bu durum ülkemizin sosyokültürel yapısının, gebelikteki bu zararlı alışkanlık üzerine olumlu etkisi olarak düşünülebilir.

Diyabet, gebelikte sık karşılaşılan sistemik hastalıklardan biridir. Gebelik sırasında karşılaşılan diyabet hastalıklarının %90'ını gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) ve %10'unu pregestasyonel diyabetes mellitus oluşturmaktadır(144). Ülkemizdeki 2017 yılında gebeliklerin yaklaşık %6,0'sında gestasyonel diyabet görüldüğü tahmin edilmektedir (145).Yapılan başka bir araştırmada da Türkiye'de değişik yörelerden alınan verilere göre, GDM prevalansının % 3-8 arasında değiştiği saptanmıştır (146). Kaya ve arkadaşları İzmir'de 491 doğum yapan kadınla yaptıkları kesitsel araştırmada GDM prevelansını %8,1 bulmuştur (147). Bizim çalışmamızda GDM oranı %3,8 olarak bulunmuştur. Bu oranda katılımcıların ilk gebelikleri olması nedeniyle, ileri yaşta olmamalarının ve genel olarak fazla kilolu olmamalarının etkisi olabilir.

Gebelikte tansiyon yüksekliği yine sık karşılaşılan medikal sorunlardan bir tanesi olup artmış maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Tüm gebelikler göze alındığında prevelansı %3,7 olarak bildirilmektedir (148). Gebeliğin ikinci yarısından sonra ortaya çıkan, proteinüri olmaksızın hipertansiyon ile seyreden ve postpartum en geç 12 hafta içerisinde kan basıncı değerlerinin normale dönmesi ile karakterize gestasyonel hipertansiyon tüm gebelerde yaklaşık olarak % 6 oranında izlenmektedir (149). Ersoy ve arkadaşlarının 1053 gebede hipertansiyon sıklığını araştırdıkları çalışmada Gestasyonel Hipertansiyon oranı %4,6 olarak bulunmuştur (150). Bizim çalışmamızda gebelerimizde gestasyonel hipertansiyon oranı %2,8 olarak daha düşük oranda saptanmıştır.

Kronik hastalıklar hamileliğin seyrini etkileyebilir ve doğumda ve sonrasında ortaya çıkan kalıcı etkilere sahip olabilir. Uluslararası literatür, hamilelikteki akut hastalıklara odaklanmıştır ve gebelerde kronik hastalıkları araştıran sadece birkaç çalışma vardır. Kronik hastalığı olan kadınlar, sağlıklı gruptaki kadınlara göre sezaryen ile daha sık doğum yapmaktadır. Literatürde, Kersten ve arkadaşlarının gebe kadınlarla yaptığı çalışmada kronik hastalık oranı % 21,4 olarak saptanmıştır (151). Ahmed ve arkadaşlarının Riyad'da 438 gebe ile yaptıkları çalışmada kronik

hastalık oranını % 8,7 olarak belirtilmiştir (152). Çalikoğlu ve arkadaşları 226 gebeyle yaptığı araştırmasında gebelerin %15'inin kronik bir hastalığının (astım, tiroid, hipertansiyon) olduğu (153), İstanbul'da yapılan Şahin ve arkadaşlarına ait çalışmada gebelerde kronik hastalık oranının %16 bulunduğu (154), Arabacıoğlu'nun çalışmasında da gebelerde kronik hastalık oranının %18 ve sürekli ilaç kullanma durumunun %28,9 olarak saptandığı belirtilmiştir (111). Bizim çalışmamızda gebelerde kronik hastalık varlığı %9,4 ve sürekli ilaç kullanım oranı %12,3 olarak bulunmuştur. Açıkgoz ve arkadaşlarının çalışmasında, bizim çalışmamızla uyumlu şekilde bilinen hastalık varlığı ve ilaç kullanımı durumunun doğum şekliyle anlamlı ilişkisinin olmadığı saptanmıştır(102). Bizim çalışmamızda da kronik hastalık durumu ile gebeliğin sonlanma şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

En yüksek eğitim ve refah düzeyinde % 60 ve üzeri olan sezaryen oranının, en düşük eğitim ve refah düzeyinde gerçekleşen sezaryenle doğumların üç katından daha fazla olduğu belirlenmiştir (155). Penna ve arkadaşlarının medikal endikasyonu olmaksızın yapılan sezaryen doğumlarla ilgili yaptıkları literatür derlemesi çalışmasında, vajinal doğuma göre sezaryen doğumun daha pahalı olduğunu ve gelir düzeyi yüksek olup özel hastanelerde doğum yapanların sezaryen doğumu daha çok tercih ettiğini ortaya koymuştur (156). Bunun aksine ve bizim çalışmamızdan farklı olarak Sayner'in çalışmasında kadınların çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi ve refah düzeyi ile sezaryen doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (157). Sönmez ve Sivaslıoğlu'nun çalışmasında da benzer şekilde ailenin gelir düzeyi ve annelerin eğitim seviyesi ile doğum şekli tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (132). Duman'ın çalışmasında doğum şekli ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça, sezaryen olanların sayısı da artmaktadır (158). Literatürde, eğitim düzeyi ile gerçekleşen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve eğitim düzeyinin yüksekliği ile sezaryen doğum oranlarının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (159,160). Yuen ve arkadaşlarınca, Paraguay'da yapılan çalışmada, araştırma grubunun sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesinin artması ile C/S oranlarının yükseldiği tespit edilmiştir (161). Ardıç'ın yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla paralel olarak, gebe eğitim düzeyinin yüksek olması ve sosyoekonomik durumun yüksek olması sezaryen doğum tercihi ile ilişkili

bulunmuştur (106). Bizim çalışmamızda da yüksek ortalama aylık geliri olan, eşi çalışan ve yüksek eğitilmiş olan gebelerde, C/S ile doğum oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğumu takiben anne kısa sürede normal aktivitesini kazanmakta ve doğum sonrası hemen bebeğini emzirebilmektedir (162). Literatüre bakıldığında, gebe kadınların doğum şekli tercihlerinde NVYD öncelikli yöntem olarak görülmektedir. Karabulutlu'nun çalışmasında normal doğum tercih etmede ilk neden (%54,3) 'anne için daha sağlıklı olduğunu düşünme' olurken, C/S ile doğumu tercih eden gebelerin sadece %4,7'si bebek için daha sağlıklı olduğunu düşündüğü için, %50'si ise doktor isteği nedeniyle tercih ettiğini ifade etmiştir (133). Temizkan ve Mete'nin Kıbrıs'ta 102 primiparla yaptığı çalışmasında gebelerin %76.5'inin NVYD'yi, %23.5'inin ise C/S ile doğumu tercih ettiği saptanmış ve gebelerin NVYD'yi %84.6'sının doğal olduğu, %78.2'sinin bebek için daha yararlı olduğu için, C/S ile doğumu tercih eden gebelerin %58.3'ünün doğum ve ağrıdan korktukları için istedikleri belirlenmiştir (101). Açıkgöz ve arkadaşlarının çalışmasında normal doğum yapan gebelerin NVYD'yi anne için daha sağlıklı olduğu (%75), doğal olması (%62,5) bebek için daha sağlıklı olduğu (%57,8) için tercih ettiği şeklindedir (katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir), sezaryen tercihi için en önemli neden ise "doğum ağrısından korkma"dır (102). Literatürdeki NVYD tercihleri incelendiğinde, bu tercih oranlarını, Yüksel ve arkadaşları, Büyükbayrak ve arkadaşları, Vatansever ve Okumuş yüksek olarak bulmuşlardır (163,164,94). C/S tercihleri incelendiğinde, Nieminen ve arkadaşları (165), Aksoy ve arkadaşları (166), Çakmak ve arkadaşları (167), Lukasse ve arkadaşları (168), Serçekuş ve arkadaşları (169) çalışmalarında, doğum korkusu ile C/S tercihinin ilişkili olduğunu belirlemiştir. Duman'ın, Karakuş ve Şahin'in çalışmalarında da, kadınların ağrı korkusu nedeniyle C/S ile doğumu tercih ettiği bulunmuştur (170,171). Bütün bu çalışmalarda NVYD için en önde gelen tercih sebebi anne adayları tarafından "doğal ve anne-bebek için daha sağlıklı olduğu"nın düşünülmesidir. C/S tercihlerinde ise genelde, ilk doğumun sezaryenle yapılmış olması, hekim isteği ve doğum korkusu başlıca nedenler olup, tercih nedenleri içinde doğal olduğu ya da anne-bebek için daha sağlıklı olduğuna dair sonuçlar oldukça azdır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların ileri derecede anlamlı

olarak NVYD'nin anne ve bebek için daha sağlıklı olduğu yargısını onayladıklarını, tersine yine ileri derecede anlamlı olarak C/S ile doğumun anne ve bebek için sağlıklı olduğu yargısını reddettikleri sonucu bulunmuştur. Yani anne adayları büyük oranda uygun doğum yöntemi olarak NVYD'yi onaylamakta, doğal ve sağlıklı yöntemin bu olduğunu düşünmektedirler.

Yüksel-Yakut'un çalışmasında gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen en önemli kişinin sağlık personeli (%66.66), sonrasında gebenin kendisi ve eşi (%24,76) , son sırada da aile ve aile yakınları (8,57) olduğu saptanmıştır (172). Yeşimtekin'in yaptığı çalışmada da benzer şekilde gebenin doğum şekliyle ilgili %62,3 ile doktoru ve %34,3 ile gebenin kendisi en önemli belirleyiciler olarak saptanmıştır (122). Gözükar ve Eroğlu'nun primigravidalarla yaptıkları çalışmalarında, kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin(%57,6) verdiğini, karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiğini, çalışmamızdan farklı şekilde doktor etkilemesinin ise (%12,1) daha düşük düzeyde olduğunu saptamışlardır (116). Bizim çalışmamızda katılımcıların doğum şekli tercihi ile ilgili olarak belirledikleri karar vericilerin önem sırası; (en çoktan en aza doğru) ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, daha sonra gebenin kendisi, aile hekimi, ebe-hemşire ve en son olarak da gebenin eşi şeklinde oluşmuştur. Gebenin ve eşinin aile büyükleri ise, katılımcılar tarafından karar vericiler arasında en düşük oranda tercih edilmiştir

Gebelerin doğum süreci ve doğum yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve bu bilgiye ulaşım kaynakları ile ilgili literatürde değişik sonuçlar mevcuttur. Koyuncu ve arkadaşlarının Gaziantep'te son trimesterdeki gebelerle yaptıkları ve gebelerin eğitim ihtiyacını da sorguladıkları çalışmalarında, değişik konular yanında gebelerin %74,3'ünün doğum eylemi hakkında da bilgi almak istedikleri, fakat sadece %5,4'ünün bu eğitimi alabildikleri saptanmıştır (93). Yeşimtekin'in sezaryen ve normal vajinal doğum yapmış kadınlarla yaptığı çalışmada, %69,8'inin doğumla ilgili bilgi almadığı tespit edilmiştir (122). Arabacıoğlu'nun 128 gebe ile yaptığı çalışmasında, gebelerin gebelik ve doğum ile ilgili bilgi kaynaklarının %26,6'sının sadece doktor, %1,6'sının sadece ebe/hemşire, %20,3'ünün doktor ve internet olduğu rapor edilmiştir (111). Temizkan ve arkadaşlarının Kıbrıs'ta 102 primiparla yaptığı çalışmasında gebelerin %85,3'ünün doğuma yönelik bilgi aldığı saptanmıştır.

Gebelerden doğuma yönelik bilgi alanların %85,1'i bilgiyi internetten aldığını bildirmiştir. Doğuma yönelik bilgi alan gebelerin %93,1'inin 'normal doğum nasıl olur' konusunda bilgi aldığı belirlenmiştir (101). Ay ve arkadaşlarının kadınların normal doğumla ilgili internet sitesi paylaşımlarını araştırdıkları çalışmada, "doğum, doğum korkusu, normal doğum, epidural ve normal doğum" başlıklı mesajların, kadınlar tarafından ilgili web sayfasında daha çok okunduklarını belirtmişlerdir (173). Literatüre bakıldığında, Kuzey İrlanda'da Lagan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar gebelikte internetin gebelikle ilgili kararlarını etkileyebileceğini belirtmiş ve sağlık personelinin gebelikle ilgili bilgilere erişebilmeleri için gebelere uygun internet siteleri önermeleri gerektiğini söylemişlerdir ve çalışma, internetin kadınların hamileliğinin tüm yönleriyle ilgili karar verme süreçlerinde gözle görülür bir etkisi olduğunu göstermektedir (174). Kılıçarslan son trimestirdeki gebelerle yaptığı çalışmasında, gebelerin bilgi kaynağı olarak en sık sağlık personeline başvurduğunu (%60,6) belirlemiştir (99). Uzun ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebeler gebelik ve doğumla ilgili en çok kullandıkları bilgi kaynağı olarak %18,2 internet, %10,1 arkadaş, %56,2 doktor, %10,7 ebe hemşire, %4,8 ile aile büyüklerini belirtmişlerdir (125). Pirdal ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışmamızdan farklı olarak, gebeler bilgi edinme yolu olarak %46'sı interneti, %42'si yazılı herhangi bir kaynağı (kitap, dergi, broşür) ve %31'i televizyonu hiçbir şekilde kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Buna karşılık en fazla tercih edilen bilgi edinme yöntemi %60,0 ile yakın çevre olmuştur ve gebelerin kullandıkları bilgi kaynaklarının yaş, eğitim durumları veya evin ortalama geliri ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır (98). Bizim çalışmamızda gebelerin doğum yöntemleri konusunda başlıca ve en üst seviyede bilgi edindiği kaynağın kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, ondan sonrada kitle iletişim araçları (Tv,internet vb) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların değerlendirmelerinden, anlamlı ve üst düzeyde olmasa da bilgi kaynağı olarak ebe/hemşireden de yararlanıldığı, aile hekimlerinin bu konuda anlamlı bir katkısının olmadığı, komşu, arkadaş ve akrabalarından ise hiç istifade etmedikleri anlaşılmıştır. Ayrıca gebelerin belli bir düzeyde bilgileri olmakla beraber, anlamlı bir şekilde doğum yöntemleri ile ilgili, yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir.

Özellikle ilk gebeliği olan anneler için, kadına verilecek destek ve eğitim önemlidir (157). Gelişmiş ülkelerde sigorta şirketleri gebe eğitimlerini desteklemektedir ve sağlık sistemi de eğitime katılım konusunda bilinçlendirme yaptığı için, gebe eğitim sınıflarına katılım oranları yüksektir. Fabian ve arkadaşlarının İsveç'te yaptığı bir araştırmayla antenatal eğitime katılma oranı primiparlarda % 93 olarak saptanmıştır (89). Literatürde gebe okullarına özellikle ilk gebeliği olanların katılımlarının daha yüksek oranda olduğu belirtilmektedir (175,176). Ülkemizde literatürle karşılaştırıldığında doğum öncesi eğitime katılma oranları düşüktür. Serçekuş ve arkadaşlarının 140 nullipar gebenin katıldığı, gebelerin eğitime katılma oranlarını ve eğitime katılmama sebeplerini araştırdığı çalışmasında ücretsiz eğitime davet edilen gebelerin %73,6'sı gibi büyük kesimi bu eğitime katılmayı kabul etmezken, sadece %26,4'ü eğitime katılmayı kabul etmiştir. Kabul etmeyenlerin en sıkıtan en düşüğe doğru başlıca mazeretleri ; çalışma durumu, eğitime gerek duymama, eşinin izin vermemesi, zamanının olmaması, eğitim yerinin uzak gelmesi (1-2 km uzaklık), şehir dışına çıkma, sağlık sorunu yaşama, havaların sıcak olması şeklinde belirlenmiştir (169). Aslantekin-Özçoban ve arkadaşlarının doğuma hazırlık sınıflarıyla ilgili çalışmasında, katılımcıların %23'ü doğuma hazırlık sınıflarına katılımda zorluklar yaşadığını ifade etmiş olup, %43,4 ü ulaşımda zorluklar yaşadığı için katılmakta zorlandığını, %30,4'ü evdeki çocukların bakımını ayarlama konusunda sıkıntı yaşadığını, %17,4'ü boş zamanını kurs için harcamak konusunda tereddüt içinde olduğunu ifade etmiştir (177). Bizim çalışmamızda da verdiğimiz gebe eğitimlerine tamamı davet edildiği halde gebelerin katılımı nispeten sınırlı kalmıştır. Eğitime katılma gönüllülük esasına dayansa da, gebelerin eğitime katılmama nedenlerinin araştırılmaması çalışmamıza ait bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Gebeler eğitim için davet edildikleri anda belirttikleri olumlu katılım bildirimlerinden farklı olarak, eğitim seanslarımıza daha az oranda iştirak etmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların %45,3'ü (n=48) eğitime katılırken, %54,7'si (n=58) eğitimlere katılmamıştır. Yüksek gelir grubunda olan, doğumunu C/S şeklinde ve özel hastanede planlayanlarda ve doğumunu özel hastanede gerçekleştiren gebelerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde gebe bilgilendirme eğitimine 'katılmama' oranları yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında gebe eğitiminin, doğum tercihlerine ve doğum şekillerine olan etkileri üzerine değişik çalışmalar yer almaktadır. Bu araştırma ve çalışmalarda

doğum öncesi eğitimin, doğum şekillerine olan etkisine dair farklı sonuçlar bulunmuştur. Yüksel-Yakut'un çalışmasında doğum şekli tercihinin doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında bilgi/eğitim alma ve doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında alınan bilgi/eğitimi yeterli bulma durumlarından etkilenmediğini belirtmiştir (172). Yağmur ve arkadaşlarının, bizim çalışmamıza benzer şekilde nulliparlarla, birinci basamak aile hekimliklerinde ve gebe eğitimi içeren çalışmanın sonunda, verilen eğitimin doğum şekilleri sonuçlarına beklenen yönde yansımadığını ve eğitim alan grupta sezaryen oranlarının yüksek (%93,1) çıktığını, gebe eğitimi ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (109). Literatüre bakıldığında, doğum öncesi eğitiminin doğum şekline etkisi olduğu ya da olmadığı yönünde yayınlar mevcuttur. Literatürde, Gao ve arkadaşları Çin Şangay'da yaptıkları çalışmada her yaştan kadın için, doğum öncesi eğitim kursuna katılımın, annenin isteği üzerine olan sezaryen oranını önemli ölçüde azalttığını bulmuşlardır (178). C/S oranlarının %60 olduğu İtalya'nın güneybatısındaki Campania bölgesinde yapılan çalışmada gebelik bilgilendirme sınıfının sezaryen doğum oranlarını azalttığı gösterilmiştir (179). Soriano-Vidal ve arkadaşlarının İspanya Valencia'da 212 gebe (%78,3'ü nullipar) ile yaptıkları çalışmada da gebe eğitimi sonrası, gebelerin normal doğuma katılım ve doğumda ıkınma eylemi yeteneğinde artış olduğu ifade edilmiştir (180). Bıyık ve Aslan'ın Muş devlet hastanesinde yaptıkları bir çalışmada gebelikte eğitim almayanlarda C/S oranı %37,2 iken, eğitim alanlarda bu oran %10 ile anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (181). Ülkemizde bir çalışmada, Turan ve arkadaşları antenatal eğitim alan gebelerin yarısından fazlasının sezaryen doğum yaptığını belirtilmişlerdir (182). Gagnon ve Sandall tarafından yapılan 9 çalışmanın incelendiği bir meta analizde bu çalışmaya benzer şekilde bireylere verilen antenatal eğitimin tekrarlı sezaryen oranına etkisi olmadığı tespit edilmiştir (183). Miquelutti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık programına katılan primipar kadınlarla katılmayanların arasında doğum şekli açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (87). Aba ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarında, doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gruplar arasında doğum şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (184). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde gönüllü olarak eğitime katılan ve katılmayan gebeler arasında doğum şekli açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim alan grupta

(% 60,4), almayan gruba göre (%72,4) daha düşük oranda olmakla beraber, her iki grupta da C/S oranları yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdaki korelasyon analizlerinden , ‘gebe eğitimi alma durumu’ ile, aile hekimi ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanından doğum yöntemleri ile ilgili bilgi edinme durumlarının anlamlı şekilde pozitif yönde birlikte hareket ettikleri, yani gebe bilgilendirme eğitimine katılımın artışı ile aile hekiminden ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanından bilgi alma durumunun da arttığı, yine anlamlı olarak negatif yönde birlikte hareket ettikleri akraba, komşu ve arkadaştan doğum yöntemleri ile ilgili bilgi edinme durumunun ise azaldığı saptanmıştır. Bu durum da bize ‘gebe bilgilendirme eğitimi’ne katılarak bilgi ve eğitime önem verdiğini gösteren katılımcıların, bilgiye ulaşma yönünde de, doğru ve güvenilir kaynakları tercih ettiklerini düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda C/S ile doğum oranları, DSÖ'nün önerdiği % 15'lik kabul edilebilir C/S oranlarının oldukça üzerinde çıkmıştır. Çalışmamızda yüksek ortalama aylık geliri olan, eşi çalışan ve yüksek eğitilmiş olan gebelerde, tedavi ile gebe kalabilen gebelerde, doğumunu özel sağlık merkezlerinde planlayan, aile hekimliği dışında takiplerini özel sağlık merkezlerinde yaptıran ve doğumunu özel sağlık merkezlerinde gerçekleştiren gebelerde, C/S ile doğum oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. “Gebe Bilgilendirme Eğitimi” alma durumu doğum şeklinde anlamlı farklılık oluşturmamış, gönüllü olarak eğitime katılan ya da katılmayan her iki grupta da C/S ile doğum oranları yüksek bulunmuştur. “Gebe Bilgilendirme Eğitimi” alma durumu, doğumun yapıldığı sağlık merkezlerinde anlamlı farklılık oluşturmuş, eğitim alan grupta kamu hastanelerinde, almayan grupta ise özel hastanelerde doğum oranları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Eğitime katılan gebeler, doğumlarını daha çok kamu hastanelerinde yapmıştır ve kamu hastanelerinde anlamlı olarak NVYD oranları yüksektir. Kamu hastanelerinde gerçekleşen doğumların da büyük kısmı (%80,8) 3. basamak sağlık merkezlerinde gerçekleşmiştir.

C/S ile doğum oranlarının anlamlı olarak yüksek bulunduğu grubun içindeki karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek eğitim grubundaki gebelerin aynı zamanda yüksek ortalama gelire de sahip oldukları ve bu yüksek sosyoekonomik statüdeki gebelerin doğumlarını planladıkları, gebelikte takiplerini yaptırdıkları ve doğumlarını gerçekleştirdikleri sağlık merkezi olarak yine istatistiksel olarak anlamlı şekilde, yüksek oranda özel sağlık merkezlerini tercih ettikleri saptanmıştır.

Çalışmamıza ait önemli bir kısıtlılık olarak düşünülebilecek, C/S ile gerçekleşen doğumlarla ilgili endikasyonlara ait resmi hastane kayıtlarına ulaşamamakla beraber, bulduğumuz sonuçlarla ilgili kesin olmayan kanaatimiz, gebe bilgilendirme eğitimine katılan gebelerimiz de dahil olmak üzere, kamu hastanelerinde, özellikle de 3. basamak sağlık merkezleri olan, üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde tıbbi endikasyonlarla, malpraktis, artmış riskli gebelik ve kıymetli bebek kavramları üzerinden, özel hastanelerde ise doktorun ve gebenin isteği üzerinden elektif olarak gerçekleşen C/S oranlarının yüksek olduğu yönündedir.

Birinci basamakta ilk kez doğum yapacak olan 106 nullipar kadınla yürüttüğümüz ‘Gebe Bilgilendirme Eğitimi’ uygulanması ve sonuçlarının araştırıldığı çalışmamızdan çıkan başlıca sonuçlar şu şekilde özetlenebilir;

1. “Gebe Bilgilendirme Eğitimi” birinci basamak ASM’lerinde uygulanabilmiştir. Tamamı eğitime davet edilen nullipar gebelerin, bu eğitime katılım oranları nispeten sınırlı kalmıştır.
2. Gebeler doğum yöntemleri konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip değildirler.
3. Gebeler doğum yöntemleri konusunda ebe, hemşire ve aile hekimlerinden yeterli bilgi alamamaktadır.
4. Gebeler doğum yöntemleri ile ilgili bilgiyi öncelikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanından ve kitle iletişim araçlarından edinmektedirler.
5. Gebeler anne ve bebek için NVYD’nin daha sağlıklı olduğunu, C/S ile doğumun sağlıklı olmadığını düşünmektedirler.
6. Gebeler gebelik öncesinde ya da gebeliklerinde en fazla NVYD, en az C/S planlamaktadırlar. Doğumları ise en fazla C/S olarak gerçekleşmektedir.
7. Gebelere, aile hekimleri ve hastane hekimleri NVYD için yeterli derecede öneride bulunmamaktadır.
8. Doğumlarını daha çok C/S şeklinde, özel hastanede planlamış yüksek gelir grubundaki gebelerin eğitime katılımı anlamlı olarak düşük kalmış ve doğumlarını yüksek oranda özel hastanelerde yapmışlardır. Özel hastanelerde anlamlı olarak C/S oranları yüksektir. Eğitime katılan gebeler, doğumlarını daha çok kamu hastanelerinde yapmıştır ve kamu hastanelerinde anlamlı olarak NVYD oranları yüksektir.
9. Önceki istatistiklere göre doğurganlık, kadının daha ileri yaşlarında gerçekleşmektedir. Gebelerin evlenme, gebe kalma ve doğurma yaşları ve C/S oranları, yüksek eğitim durumunda olan gebelerde daha yüksektir.
10. Gebeler gebeliklerinde ciddi sağlık sorunu ya da ailevi sorun yaşamamışlardır.
11. Tedavi ile gebe kalabilen gebelerde C/S oranları daha yüksektir.
12. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan gebelerde C/S oranları daha yüksektir.

13. Gebeler, gebelikle beraber daha önce kullandıkları sigara ve alkol kullanımını bırakmaktadırlar. Gebelerde sigara ve alkol tüketimi, gebelik öncesine göre daha düşüktür. Gebeliğinde sigara içmeye devam edenlerde C/S oranları daha yüksektir.
14. Gebeler düzenli gebelik takiplerini önemsemektedirler. Aile hekimliği dışında en çok özel hastanede takip edilmektedirler.
15. Gebelerin çoğu çekirdek ailede yaşamaktadırlar. Çalışan gebe sayısı azdır. Çoğunda gebenin ailesi orta düzeyde gelire sahiptir. Çalışma ve aile tipi ile C/S arasında ilişki saptanmamıştır. Eşin çalışması ile C/S arasında ilişki saptanmıştır.
16. Gebeler doğum yöntemi tercihinde en yetkili kişi olarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanını, ikinci sırada kendilerini görmektedirler.
17. Gebeler doğum yöntemi tercihinde en az yetkili kişi olarak aile büyüklerini görmektedirler.
18. Tüm doğumlar hastanede gerçekleşmiştir. C/S ile doğumlar, normal vajinal doğumdan daha fazladır. Gebeler özel hastaneleri, kamu hastanelerinden daha çok tercih etmişlerdir. Kamu hastanelerinde gerçekleşen doğumlar, büyük oranda (%80,8) 3. basamak hastanelerinde gerçekleşmiştir.

7. ÖNERİLER

Gebeler için eğitim, gebelik öncesi bakımın bir parçası olarak henüz gebe kalınmadan başlatılan ve gebelik döneminde de devam ederek, doğuma kadar ve doğum sonrasını da kapsayacak şekilde, zamana yayılmış bir süreç olarak planlanmalıdır.

Başta primigravidalar olmak üzere tüm gebeler nitelikli “Gebe Bilgilendirme Eğitimi” almalıdır. ASM’lerde gebeler için eğitim seansları uygulaması gebe izlem protokolüne eklenmelidir. Her ASM’de aile hekimleri öncelikli olmak üzere, gebe eğitimi konusunda eğitici eğitimi almış personel olmalıdır.

ASM binalarında eğitim için mekan ve ekipman düzenlemeleri yapılmalıdır. Poliklinik saatlerinden ayrı olarak, sadece eğitime ayrılmış eğitim saatleri oluşturulmalıdır.

Ebe/hemşireler donanımca güçlendirilmeli, aile hekimi ile beraber gebelik ve doğum konusunda gebe için en yakın, doğru ve güvenilir bilgi kaynağı ve sağlık danışmanı konumuna gelmeleri yönünde hizmet içi eğitimlere alınmalı ve sürekli gelişmeye teşvik edilmelidir.

Eğitimlerle, gebenin doğum şekli ile ilgili karar süreçlerinde daha etkin rol alması desteklenmelidir. Gebelerin eğitimlere katılmasının önündeki engeller belirlenmeli ve giderilmelidir. Gebeler uygun şartlarda eşleri ile beraber düzenli eğitimlere alınmalıdır.

Çalışan gebe ve eşleri için, eğitim seanslarına katılımlarında, işyerlerinden izin alınabilmesi için, doğum sonrası da NVYD yapmış anneler ve eşleri için çalışma hayatı ve izin kullanımlarında, özendirici teşvik ve avantajların hayata geçirilmesi yönünde yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Gebelerin özel hastanelerden hizmet alımını, kamu hastanelerine göre neden daha çok tercih ettikleri araştırılmalıdır. Gebelerin daha az tercih ettiği kamu hastaneleri, Şehir Hastaneleri örneğinde olduğu gibi, özel hastanelerle her türlü hizmet sunumunda rekabet edebilmeli ve bu konuda gerekli düzenlemeler yapılarak, gebelerin tercih yönleri özel sağlık merkezlerinden devlet hastanelerine döndürülmelidir.

Gebelerin internetten bilgi edinme talepleri, uygun ve doğru bilgi içerikli web sitelerine yönlendirilerek karşılanmalı, bu sitelerin adresleri, başta aile hekimleri

olmak üzere, sağlık sunucularınca gebelerle paylaşarak site içeriği beraberce değerlendirilmelidir. NVYD ile ilgili olumsuz içerik barındıran sitelere erişim engellenmeli ya da içerikleri uygun şekilde düzenlenmelidir.

Öncelikle doğum korkusu, gebenin bilgi eksikliği, gebe isteği, doktor isteği, ilk doğumun C/S olması, kıymetli bebek olgusu gibi, müdahalelerle değiştirilebilir, önlenabilir majör faktörler olmak üzere, gerçek tıbbi endikasyon dışı bütün C/S uygulamaları yakından takip edilmeli ve ayrı ayrı her birisine yönelik önleyici yönde düzenlemeler pratiğe geçirilmelidir.

Sonuç olarak başta nullipar gebeler olmak üzere, tüm gebeler “Gebe Bilgilendirme Eğitimi” almalıdır ve eğitim alan gebelerin doğumları ile ilgili karar verme süreçlerine daha aktif katılabilmeleri ve NVYD yönünden daha kararlı ve istekli hale gelebilmeleri, aile hekimlerinin de içinde bulunduğu gebelik öncesi, gebelik dönemi ve doğumda bakım veren tüm sağlık sunucusu paydaşların, bu yönde uygun danışmanlık hizmeti ile gebeleri bilgilendirmeleri, sürekli desteklemeleri, doğru yönlendirmeleri ve yeterince cesaretlendirmelerine bağlıdır. Aile hekimleri birinci basamakta, toplum yönelimli, kişi merkezli ve kapsamlı bakım hizmeti vererek, bunun gerçekleştirilmesine önemli katkı sağlayabilir.

KISITLILIKLAR VE EKSİKLİKLER

Çalışmamızda yer alan katılımcılar Adana kent merkezinde yaşayan, komşu iki semtin ASM’lerine kayıtlı gebelerdir ve toplumdaki tüm gebe popülasyonunu yansıtmamaktadır. Bulduğumuz sonuçlar bütün gebelikler için genellenemez.

Eğitim seanslarımız (orjinali 3 oturum) konuların özetlendiği, tek oturum olarak yapılmıştır. Katılımcılarla tüm gebeliklerinde yüz yüze sadece iki kez (anket doldurma ve eğitim oturumu) kontak kurulabilmiştir. Eğitim seanslarında ‘ön test-son test’ uygulanmamıştır ve çalışmamızda herhangi bir ‘ölçek’ kullanılmamıştır. Gebelerin eşleri eğitimde yer almamıştır. Eğitime katılmayan gebelerin ‘katılmama nedenleri’ araştırılmamıştır. C/S ile doğumlara ait resmi hastane kayıtlarından, C/S endikasyonlarının neler olduğuna ulaşılammıştır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L, editörler. Doğum eylemi. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği 12. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2014; s. 275.
2. Erenel Şentürk A, Çiçek S. Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına etkileri. sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 9 (2): 123-127.
3. Pallasmaa N. cesarean section-short term maternal complications related to the mode of delivery. Finland, University of Turku Faculty of Medicine, 2014; p. 39.
4. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? Whose benefits? American Journal of Perinatology 2012; 29(1): 7-18.
5. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Kadınların Sezaryen doğum tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013; 21 (2): 139-146.
6. Kıyak Çağlayan E, Kara M, Cihan Gürel Y. Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Medical Journal of Bakırköy 2011; 7: 65-68.
7. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the year 2000. Geneva, 2006.
8. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve dünya da güncel nedir? TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2004; 7: 113-117.
9. Tekin YC. Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınlarında doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyon, 2006.
10. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Müdürlüğü Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Damla Matbaacılık, Ankara 2010; s. 7.
11. Elkin N. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvurmuş Olan 18-49 Yaş Arası Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve İlişkili Faktörler. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2016; 2: 21: 119-129.
12. “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No; 925, Ankara, 2018
13. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2001; 23: 61-64
14. Konakçı SK, Kılıç B. İzmirde Sezaryen ile Doğum Sıklığı ve Buna Etki eden Faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik. 2004; 14(2): 88-95.
15. docplayer.biz.tr/33177987-Ureme-sisteminin-anatomisi.html. [internet] erişim 03.08.2020
16. basaksu.com.tr/kadin-genital-sistem-anatomisi2/[internet] erişim 03.08.2020
17. <https://www.drozdogan.com/rahim-agzi-kanseri-belirtileri-ve-tedavisi/> [internet] erişim 09.08.2020
18. Hotta H, Uchida S, Shimura M, et al. Uterine contractility and blood flow are reflexively regulated by cutaneous afferent stimulation in anaesthetized rats. J Auton Nerv Syst, 1999; (1): 23-31.
19. Mac donald P. Gant (Çev. Yılmaz İ, Aydemir V) Williams Doğum Bilgisi. 17. baskı. Ankara. Güney Kitabevi, 1989.

20. Greulich WW, Thomas H. The Dimensions of the Pelvik inlet of 789 white females. *Anat Rec* 1938;72:45-52.
21. Thoms H. Roentgen Pelvimetry As a Routine Prenatal Procedure. *Am J Obstet Gynecol* 1940;40:891-905.
22. Çiftçiöğlu E. Karadeniz Bölgeindeki Reprodüktif Dönemdeki Kadınlarda Pelvis Çapları ve Tiplerinin Radyopelvimetrik Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı. Samsun. 2002.
23. easynotecards.com/print_cards/44205?view=back [İnternet] erişim 23.02.2021.
24. Bektaş MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. *Obstetrik, Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji*. 2001;1222.
25. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XI. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012.
26. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. Placenta and Fetal Membrane. The Developing human clinically oriented embryology. 10. ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2016. p. 107-18
27. Gümüşsoy S, Kavlak O. Gebelikte Fizyolojik Değişimler. Ü Sevil, G Erdem. (içinde) *Perinatoloji ve Bakım* İzmir: Ankara Nobel Kitap Evleri. 2016, s:101-124.
28. Alpay Türk V. Maternal Fizyoloji. Yıldırım G. (içinde) *Williams Obstetrik*. 24. Basım. Nobel Kitabevleri. İstanbul 2015, s:46-77.
29. www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.9.pdf [internet] erişim 13.08.2020
30. WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002. http://www.euro.who.int/_data/assess/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf [internet] erişim 16.08.2020.
31. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Bertan M, Güler Ç, editör. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. İkinci baskı. Ankara: Güneş kitapevi; 1997:117-55.
32. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part 1. General care and counseling issues. *Am Fam Phys* 2005;71(7):1307-16.
33. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge Kadın Sağlığı Hizmetleri. <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghiyurutulmesi.pdf> [internet] erişim 15.08.2020
34. Michael C. Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician* 2007; 76(3):397-400.
35. Bryne DL, Asmussen T, Freeman JH. Descriptive terms for women attending antenatal clinics: mother know best? *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;107:1233-6.
36. Carl J, Hill DA. Preconception Counseling: make it part of annual exam. *J Fam Prac.* 2009;58(6):307-14.
37. WHO, Maternal Mortality. Fact Sheet No=348. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> [internet] erişim 15.08.2020
38. Altıparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, özbakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006;5(6):416-23.

39. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü.(2019).2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı ve TÜBİTAK,Ankara, Türkiye.
40. Milton SH.Resident Physician. Department of Obstetrics and Gynecology, Virginia Commonwealth University Health System; normal labor and delivery.
41. American Collage of Obstetricians and Gynecologist, Women's Health Care Physicians,FAQ087,2016.
42. Csaba Akos MD.Semmelweis University, Normal labor and delivery.
43. Üst ZD, ve ark. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi.Anadolu Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(2):55-56.
44. Coşkun AM.Kadın sağlığı ve hemşireliği el kitabı,Koç Üniversitesi Yayınları.1. Baskı.İstanbul.2012;s.196-236.
45. Şaşmaz G.Kadının doğum eylemindeki destekleyici bakım algısı ile doğum korkusu arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği(Yüksek Lisans Tezi)2015.
46. Çalık KY,Kömürcü N. Doğum eyleminde sp6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,2014;4(1).
47. Cunningham,F.G.et al.(2014).Williams Obstetrics.By The Mc Graw-Hill companies.23.Edition US.
48. Cohen, W.R.normal and abnormal labor.çinde E.A.Reece (Ed).J.C.Hobbins (Ed).Clinical obstetrics.The Fetus & Mother. (3rd Edition). Blackwell Publishing Ltd.2007; 104-1075.
49. RCOG. Clinical Guideline. İntrapartum care,care of healthy woman and their babies during childbirth.London;2007.
50. Demir CS.Uterus kasılmaları ve doğum evreleri.İçinde Lamaze yöntemi ile doğuma hazırlık ve doğum. Ed:Kadayıfçı O, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,2005;55-59.
51. Saydam BK. Doğum eylemi.çinde Kadın Sağlığı.Ed:Şirin A, Kavlak O, 1. Baskı.Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti, İstanbul.2008;s.646-662.
52. Berkan S. Doğum Bilgileri.İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri,2004.s.19-51.
53. Erkıran AA.Spontan vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastaların doğum öncesi ve doğum sonrası hematolojik değerlerinin kan kaybı açısından değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Uzmanlık Tezi) 2009;7-8.
54. Gabbe S.G, Nelyl . J.R,Simpson J.L: Obstetri, normal doğum ve sorunlu gebelikler 5. Baskı 2009;s.303-319.
55. Normal Labor and Delivery Sarah Kilpatrick and Etoi Garrison, Chapter 13.https://www.academia.edu/28045439/Normal_Labor_and_Delivery[internet]erişim 16.08.2020.
56. Cahill HA.Male appropriation and medicalisation of childbirth. An historial analysis. Journal of Advanced Nursing 2001;33(3):334-42.

57. Erenel ŞA. Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihçesi. In: Editör Ahsen Şirin. Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Limited Şirketi 2008. s 124-135.
58. Mongan MF. 2008; <http://www.amazon.com/HypoBirthing-natural-approach-comfortable-birthing/dp/0757302661> [internet] erişim 16.08.2020
59. Feldhusen EA. The history of midwifery and childbirth in America. A time line (online) 2000; <http://www.midwiferytoday.com/articles/timeline.asp> [internet] erişim 16.08.2020
60. Işıl Ülman Y. Osmanlıdan Cumhuriyete Geçiş sürecinde bir aydın portresi: Besim Ömer Akalın Müteferrika 2004; 25.
61. Erkaya Balsoy G. Kahraman Doktor İhtiyar Acuzeye Karşı Geç Osmanlı Doğum Politikaları. İstanbul: Can Sanat Yayınları; 2015.
62. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin 154: Operative Vaginal Delivery. 2015; 126(5): e56-65.
63. Dhali A, Gardner J, Guidozzi Y, Howarth G, Vorster M. Vaginal deliveries: is there a need for documented consent?. South African Medical Journal 2011; 101(1): 20-22.
64. Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. Annelerin doğum şekline göre doğumdan menmuniyet durumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 19(2): 92-99.
65. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and Women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. BMC pregnancy and childbirth 2012; 12(1): 138.
66. Demirgöz Bal M. Doğum eylemine yönelik girişimler. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S, editörler. Ebelere yönelik kapsamlı doğum. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017; s. 277-308.
67. Paul RH, Miller DA. "Cesarean birth: How to reduce the rate", American Journal of obstetric and Gynecology, 1995, vol 172: 6: 1903-1908.
68. Todman D. A history of cesarean section: From ancient world to modern era. Aust N Z J obstet Gynaecol 2007; 47: 357-61.
69. Sewell JE. Cesarean Section-A brief history. A brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine. 30 April 1993-31 August 1993.
70. Himmetoğlu Ö, Demirtürk F. (2003). Sezaryen Güncel Değerlendirme ve Kabul Edilebilir Sezaryen Oranlarının Sağlanması Yönünde Öneriler. MN-Klinik Bilimler & Doktor; 9(4): 516-523.
71. Ralph W, Hale MD, Danford D. (1994) Sezaryen sekiyo, In: Martin L. (ed), çeviri Edit. Saraçoğlu F, Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, 694-709.
72. Chom Berlain G, Hamilton D-Firley. (2005) Sezaryen, In: Obstetrik ve Jinekoloji. Nobel Kitabevi, 208-209.
73. <https://www.ankaratupbebek.com.tr/sezaryen-nedir-sezaryen-dogum-ve-riskleri-nelerdir/> [internet] erişim 28.08.2020.
74. İğde Artıran F. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. STED 2004; 13: 137-140.

75. Moodiar S, Moodley J, Esthuizen TM. Complications associated with caesarean delivery in a setting with high HIV prevalence rates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;131:138-145.
76. Uygun D, Gun O, Kelekci S, Ozturk A, Ugur M, Mungan T. Multiple repeat caesarean section: is it safe? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;119:171-175.
77. WHO,(World Health Organization). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 453-7.
78. Farine D. What is the optimal C/S rate? Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Canada. 2nd World Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology and infertility, 2001, Paris, France.
79. Mary Vadnais and Benjamin Sachs. Maternal Mortality With Caesarean Delivery: A Literature Review. *Semin Perinatal* 2006;30:242-6.
80. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantage of vaginal delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006; 49(1): 167-183.
81. Ercan Ö, Alay İ, Dede FS. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2006-2010 yılları arasındaki sezaryen endikasyonu ve oranlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2013;5(2):57-60.
82. Mac Dorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births to women with “no indicated risk”, United States, 1998-2016 birth cohorts, *BIRTH* 2006;33:175-182.
83. Mete S. [Antenatal education] Doğum öncesi eğitim. Şirin A. (editör). Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. p. 501-521.
84. Davis DK. Myles Midwifery a Textbook for Midwives. In: Henderson C, Macdonald S. 13 th ed. London: Elsevier Limited; 2004.
85. Crawford J. Myles Text for Midwives. In: Fraser DM., Cooper MA. 15 th ed. London; Elsevier Limited; 2009. p.81-100.
86. Atasay B, Arsan S. “Anne ve Yenidoğan Hakları” Barselona Deklarasyonu, *TTB Dergisi* 2004;(52);172-176.
87. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:154.
88. Coşkun A. [Pregnancy and reproductive health counseling] Gebelik ve üreme sağlığı danışmanlığı. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. (Ankara, 19-22 Nisan 2007)s.140-143.
89. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parentfood education classes during pregnancy. *Midwifery* 2004;20(3):226-35.
90. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimci Kitabı 2013. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2013.s.2-17.

91. Taşocak G (Patient Education) Hasta Eğitimi.2. Baskı.İstanbul Üniversitesi Basın ve Yayın Müdürlüğü ; 2007.s.77-81.
92. Weiss ME.an Piacentine LB. Psychometric Properties of The Readiness for Hospital Discharges Scale.Journal of Nursing Measurement. 2006;14(3):1163-180.
93. Boybay Koyuncu S, Dereli Yılmaz S.Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31 (2): 53-66,2015
94. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013;6(2):82-7.
95. Türkiye İstatistik Kurumu.Haber Bülteni,İstatistiklerle Aile,2019-Mayıs 2020;sayı.33730
- 96.<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=egitim-kultur-spor-ve-turizm-105&dil=1>
[internet]erişim 27.02.2021
97. Kartal Aydın Y,Karaman T. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine Etkisi, Zeynep Kamil Tıp Bülteni;2018;49(1):85-91.
98. Pirdal H,Yalçın BM,Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(1):7-15.
99. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri 2008; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi
100. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Aile Yapısı Araştırması,TDV Yayın Matbaacılık,2016;s.38.
101. Temizkan E, Mete S. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma dergisi 2020;17(2):112-9 doi:10.5222/HEAD.2020.43179.
102. Açıkgöz B, Yüksel NA, Yüksel C, Ayoğlu FN. Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların doğum yöntemleri ve etkileyen etmenler. AraştırmaMakalesiMersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2020;13(1):87-96 doi: 10.26559/mersinsbd.640085
103. Türkiye İstatistik Kurumu.Haber Bülteni,İşgücü İstatistikleri,2019,Mart,2020;sayı.33784.
104. Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz – Bal M.Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar G.O.P. Taksim E.A.H. Özgün Araştırma / Original Investigation JAREN 2015;1(1):21-29.
105. Öner, S., & Koçaş, F. (2016). Mersin’de 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin [serial online]. 15(5), 401-407.
106. Ardiç C.Doğum yöntemi tercihinde anne eğitim düzeyinin rolü.Fam Pract Palliat Care. 2018 Apr;3(1):28-32
107. Gebremedhin S. Trend and socio-demographic differentials of caesarean section rate Addis Ababa,Ethiopia: analysis based on Ethiopia demographic and health surveys data- Gebremedhin Reproductive Health, 2014;11:1-14.

108. Çatak B, Öner C, Oğuz İ, Gülay M, Özbek R, Baştürk S. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(2):63-69
109. Yağmur Y, Çubuk MM. Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(1):7-11. Available from: <http://openaccess.inonu.edu.tr:8080/>
110. Erdinç O, Yardımcı Üreme Teknikleri. http://halksagligi.uludag.edu.tr/Seminerler/yardimci_ureme_teknikleri.pdf.28.11. 2007.
111. Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2012: 22-23.
112. Atherton F, Howel D (1995) Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. J Public Health Med;17(2):157-60
113. Vilchez G, Dai J, Hoyos LR, Babbar S, Bahado-Singh RO, Maulik D, et al. Optimal delivery mode in singleton pregnancies conceived after infertility treatment: is the “precious baby” effect justified?. Am J Obstet Gynecol. 2016; 214(1): 445-446.
114. Gabbe,Steven G.ET AL.Obstetrics:Normal and Problem Pregnancies E-Book.Elsevier Health Sciences,2016.
115. Halimoğlu, B , Yeşilçiçek Çalık, K . "Sezaryen doğum oranlarında “kıymetli bebek” etkisi".Cukurova Medical Journal 45 (2020): 1543-1554.
116. Gözükar, F. & Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 15(1), 32-46.
117. Koca Çoban S. Kadınların Sezaryenle Doğum Tercihi ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Yayınlanmamış Tez, Danışman: Koçoğlu MF, Sivas, 2015.
118. Yaşar Ö, Kır Şahin F, Coşar E, Nadirgil Köken G, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler [Birth method choices of primipar women and the factors which have an effect on these choices]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007; 17(6):414-420.
119. Aktaş D, Gökgöz N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi [Determining of thought and satisfactions related to methods of delivery of women]. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; (1-2-3): 65-81
120. Avcı, E. (2018), Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Sigara Bağımlısı Kişilere Sigara Bırakma Çalışması, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, (Danışman: Uzm. Dr. İsmail Arslan).
121. Can R, Yılmaz Dereli S, Çankaya S, Kodaz N.Gebelikte Yaşanan Sorunlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi Sağlık ve Toplum 2019 ;(2):58-64.

122. Yeşimtekin C. Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi afyon kocatepe üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü yüksek lisans tezi Afyon-2006
123. Tırkeş D. Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi ,Sivas 2012.
124. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,T.C.Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK,Ankara,Türkiye,2019.
125. Uzun B,Kördeve MK,Ünal E. Gebelik Sürecinde Poliklinik Takibinin Gebelerin Sağlık Bilgi Düzeyine Katkısı: Bir Alan Araştırması. Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33 (3) ;32-35.
126. Neupane S, Doku DT. Determinants of time of start of prenatal care and number of prenatal care visit during pregnancy among Nepalese woman. J Community Health 2012;37(4):865-73.doi:10.1007/s10900-011-9521-0.
127. Okoli U, Abdullahi MJ, Pate MA, Abubakar IS, Aniebue N, West C. Prenatal care and basic emergency obstetric care services provided at primary healthcare facilities in rural Nigeria. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;117:61-65.
128. Kyei NA, Chansa C, Gabrysh S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assement. BMC Pregnancy and Childbirth 2012;12:151.
129. Canbal M, Ak M, Yılmaz A, Palancı Y. Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. Dicle Tıp Derg, 2014;41(2):319-325
130. Yılmaz-Esencan T, Karabulut Ö, Demir-Yıldırım A, Ertuğrul-Abbasoğlu D, Külek H, Şimşek Ç, Küresir-Ünal A, Küçükoglu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç. Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(1): 31-43
131. Bhatia M, Banerjee K, Dixit P, Dwivedi LKJAMA Network Open, 03 Aug 2020, 3(8):e2015022DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.15022 PMID: 32857148 PMCID: PMC7455857
132. Sönmez CI ve Sivashioğlu AA Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi ve Bunları Etkileyen Faktörler Konuralp Tıp Dergisi 2019;11(3): 369-376
133. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;20(3):210-218.
134. Iñiguez, C., Ballester, F., Costa, O., Murcia, M., Souto, A. ve ark. (2013). Maternal smoking during pregnancy and fetal biometry the INMA mother and child cohort study. Am J Epidemiol, 178 (7): 1067-1075.
135. Office For National Statistics (2012) . Opinions and Lifestyle Survey, Smoking Habits Amongst Adults.
136. Haslam, C., & Lawrence, W. (2004). Health-related behavior and beliefs of pregnant smokers. Health Psychology, 23(5), 486.

137. Marakoğlu K, Sezer R. (2003) Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 25(4):157- 164.
138. Semiz ve ark. (2006) Sakarya'da Bir sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla ilgili Bazı Özellikler Sted 2006;15(8):150.
139. Räisänen ve ark. (2013) Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1 164 953 singleton pregnancies in Finland. J Epidemiol Community Health.;1.
140. Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M: Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. Preventive Medicine 40, 10-15; 2004
141. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER: Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. Am J Epidemiol. 1;144(9):881-9; 1996
142. Abel EL. Fetal Alcohol Abuse Syndrome. New York, NY: Plenum Press; 1998.
143. May PA, Gossage JP, Brooke LE ve ark. (2005) Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western Cape Province of South Africa: a population-based study. Am J Public Health 95: 1190-1199.
144. Özügöz U, Aydın Y, Berker D. Gestasyonel diyabet: Risk faktörleri, tanı ve tedavi. İç Hastalıkları Dergisi. 2010;17(2): 71-9.
145. Çelik D, Karaçam Z. Türkiye'de gestasyonel diyabetes mellitus prevalansı ve risk faktörleri: Sistematik derleme ve meta analiz. Adnan Menseres Üniversitesi 1. Sağlık Bilimleri Kongresi; 29 Haziran-1 Temmuz 2017; Aydın; 2017. s.802.
146. Özçimen EE, Uçkuyu A, Çiftçi FC, Yanık FF, Bakar C. Diagnosis of gestational diabetes mellitus by use of the homeostasis model assessment insulin resistance index in the first trimester. Gynecol Endocrinol 2008;24(4):224-249.
147. Kaya R, Karaçam Z. Gestasyonel Diyabet Görülme Sıklığı ve Anne-Bebek Sağlığı ile İlişkisi Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019; 9(1): 10-18.
148. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American.
149. Yanık FF, Gülümser Ç. Gestational Hypertension Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics. 2012;5(4):90-4.
150. Ersoy H, Sarı O, Aydoğan Ü, Akbulut H, Öngel K, Yenen MC, Sağlam K. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Sıklığı Turk Neph Dial Transpl 2011; 20 (2): 187-191.
151. Kersten I, Lange AE, Haas JP, Fusch C, Lode H, Hoffmann W & Thyrian JR . Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIIP- study Pregnancy and Childbirth volume 14, Article number: 75 (2014)

152. Ahmed AE, Albalawi AN, Alshehri AA, Al Blaihed RM, Alsalamah MA. Stress and its predictors in pregnant women: a study in Saudi Arabia Psychol Res Behav Manag. 2017; 10: 97–102.
153. Çalikoğlu EO, Akçay HB, Kavuncuoğlu D, Tanrıverdi EC, Yerli EB, Salcan S. Erzurum il merkezinde yaşayan üçüncü trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri ve yaşam kaliteleri Fam Pract Palliat Care. 2018 Apr;3(1):33-38
154. Şahin N, Hüsnüye D, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bul 2009;40(2):57-62
155. Flamm NL, Thomas SJ, Fallon D, et al. Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5-year multicenter collaborative study. . Obstet Gynecol 1990; Nov.76(5):750-4
156. Penna, L, Arulkumaran S. "Cesarean section for non-medical reasons." International Journal of Gynecology & Obstetrics 82.3 (2003): 399-409.
157. Sayiner FD, Özerdoğan N. [Natural birth] Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3):143-148.
158. Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen ile ilgili Düşünceleri, Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar 2006.
159. Chong ESY, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003;80:189-94.
160. Çivili D. Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
161. Yuen J, Painter I, Abraham L, Melian M, Denno D.M. A comparison of trends in cesarean delivery in Paraguay between 1995 and 2008. Int J Gynaecol Obstet, 2014;126;265–271.
162. Çakır, D. Doğum Tipi Değişkeninin Anne-Bebek Etkileşimi ve Annenin Bebeğini Algılaması Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi ,Sivas,(Yrd.Doç.Dr.Özgür Alparlan)2009.
163. Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Aker SŞ, Koç A. The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. Turk J Obstet Gynecol. 2016;13(3):127-31.
164. Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, et al. Cesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors. J Obstet Gynaecol. 2010;30(2):155-8.
165. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(7):807-13.
166. Aksoy AN, Özkan H, Gündoğdu G. Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014;42(2):179-83.
167. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. Fırat Tıp Dergisi. 2014;19(3):122-5.
168. Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Bidens Study Group. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. Sex Reprod Healthc. 2014 Oct;5(3):99-106.

169. Serçekuş P, Mete S , Nullipar Gebe Kadınların Doğum Öncesi Eğitime Katılmama Nedenleri, *Sted Dergisi*,2011,;20 (1):39-43.
170. Duman A. Doğum tercihlerine emotional freedom techniques -EFT (Duygusal özgürleşme teknikleri)'nin etkisi. *Integr Tıp Derg.* 2015;3(2):70-1.
171. Karakuş A, Sahin NH. The attitudes of women toward mode delivery after childbirth. *International Journal of Nursing and Midwifery.* 2011;3(5):60-5.
172. Yüksel Yakut E, Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri,Yüksek Lisans Tezi;2015,Aydın.
173. Ay F, Ekmekçi KA, Batuhan F, Oğuz A. Kadınlar sosyal medya da normal doğum eylemi ile ilgili ne paylaşıyor? *ACU Sağlık Bil Derg.* 2019;10(1):49-54.
- 174.Lagan B. M., Sinclair M., & George Kernohan W. Internet Use İn Pregnancy İnforms Women's Decision Making: A Web Based Survey. *Birth* 2010; 37(2): 106-115.
- 175.Ouzounian JG, Elkayam U. Physiologic Changes During Normal Pregnancy and Delivery. *Cardiol Clin.* 2012;30(3):317-29.
176. Saista T, Toivanen R, Salmelo-Aro K, Halmesmaki E. Therapötıc Group Psycho Education and Relaxation in Treating Fear of Child Birth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1315-9.
177. Aslantekin- Özçoban F , Karaman ÖE. Androgojik Yaklaşım ile Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisinin Değerlendirilmesi, *CBU-SBED*, 2019, 6(4):215-221
- 178.Gao Y, Tang Y, Tong M, Du Y, Chen Q. Does attendance of a prenatal education course reduce rates of caesarean section on maternal request? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, China*BMJ Open.* 2019 Jun 21;9(6):e029437.
179. Cantone D, Pelullo CP, Cancellieri M, Attenu F. Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy? *Women Birth* 2017; 30:e83-e88.
180. Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Soriano-Martín PJ, Tejedor-Tornero A, Castro-Sánchez E. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women.*Midwifery.* 2018 May;60:41-47.
181. Bıyık İ,Aslan MM,Gebelikte Eğitimin doğum korkusu ve sezaryen oranlarına etkisi.*Kocaeli Med J* 2020;9;2:77-82.
182. Turan JM, Say L. Community-based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours. *Health Policy Plan* 2003;18(4):391-398.
183. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, (Online)3:CD002869.
184. Aba, Y.A., Özkan, S., Ataman, H., Şık, B.A., Kumbasar, S., Bozkurt, M., & Çalışkan, E. (2016). Does preparation for childbirth training reduce the cesarean rate? *Proc Obstet Gynecol*, 6(3), Article 3 [10 p.].