



**GEBELERİN DOĞUM İNANÇLARI İLE DOĞUMA
HAZIR OLUŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İmran Ülkü ALEV
Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hava ÖZKAN

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**GEBELERİN DOĞUM İNANÇLARI İLE DOĞUMA
HAZIR OLUŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İmran Ülkü ALEV

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hava ÖZKAN**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik.....	4
2.1.1. Birinci Trimester.....	5
2.1.2. İkinci Trimester.....	5
2.1.3. Üçüncü Trimester	6
2.2. Normal Doğum Eylemi.....	7
2.2.1. Doğum Eyleminin Evreleri	8
2.2.1.1. Doğumun Birinci Evresi	8
2.2.1.2. Doğumun İkinci Evresi	9
2.2.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi	9
2.2.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi.....	9
2.3. Normal Doğum Eyleminin Mekanizması	9
2.3.1. Doğum Ağrısı	12
2.3.2. Sezaryen Doğum.....	14
2.3.2.1. Sezaryen Endikasyonları.....	17
2.3.2.2. Sezaryen Komplikasyonları	18
2.3.3. Robson Sınıflandırması.....	19

2.4. Gebelerin Doğum Tercihleri ve Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler	21
2.4.1. Doğum Tercihleri.....	21
2.4.1.2. Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler.....	22
2.5. Gebelerin Doğum İnançları	23
2.6. Doğuma Hazır Oluş	24
2.7. Gebelerin Doğum İnancı ve Doğuma Hazır Oluşları Arasındaki İlişki.....	26
2.8. Gebelerin Doğum İnançları ve Doğuma Hazır Oluşlarında Ebenin Rolü	27
3. MATERYAL VE METOT.....	29
3.1. Araştırmanın Türü.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.5.2. Doğum İnançları Ölçeği	30
3.5.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği-Doğuma Hazır Oluş Alt Boyutu	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR	62
EKLER	78
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	78

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	79
EK-3. KURUM İZİNİ	80
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	81
EK-5. DOĞUM İNANÇLARI ÖLÇEĞİ	83
EK-6. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-DOĞUMA HAZIR OLUŞ ALT BOYUTU	84
EK-7. DOĞUM İNANÇLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	85
EK-8. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ DOĞUMA HAZIR OLUŞ ALT BOYUTU KULLANIM İZİNİ	86
EK-9. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI ONAM FORMU	87

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, eğitimime başladığım andan itibaren yardımlarını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan ve bana ilham olmasından her zaman gurur duyacağım çok saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hava ÖZKAN a,

Emek ve katkılarından dolayı Tez Savunma jüri üyesi hocalarım, bu çalışmayı TYL-2022-11403 proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne, verilerin toplanması süresince bana yardımcı olan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebelere, çalışmaya katılarak veri toplamama destek sağlayan tüm gebelere, eğitimimle eş zamanlı olarak çalıştığım ve anlayışları için minnet duyduğum Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi'ndeki mesai arkadaşlarıma, eğitim hayatım boyunca başarılarıma öncü olan canım annem ve babama ne zaman zorlansam bana seçeneklerle gelen kıymetli ablama ve ailesine en içten teşekkürlerimi sunarım.

İmran Ülkü ALEV

ÖZET

Gebelerin Doğum İnançları ile Doğuma Hazır Oluşlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırma gebelerin doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal Metot: Bu araştırma, tanımlayıcı türdedir. Araştırma, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Ekim 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran gönüllü ve araştırma kriterlerini karşılayan 1000 gebe ile yapılmıştır. Verilerin “Kişisel Bilgi Formu”, “Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ)” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Doğuma Hazır Oluş Alt Boyutu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama istatistiksel metodları ile parametrik (t-testi), non parametrik testler (Kruskal Wallis) ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebeler tıbbi süreçler alt boyutundan 3.77 ± 0.76 , doğal süreçler alt boyutundan 4.28 ± 0.62 ve DİÖ'den 4.00 ± 0.48 puan almışlardır. Doğuma Hazır Oluş alt boyutunda toplam puan ortalaması 31.59 ± 4.58 olarak bulunmuştur. Gebelerin doğum inançları ölçeği doğal süreç alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Gebelerin doğal doğum inancı arttıkça doğuma hazır oluşu artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doğum inançları, doğum, doğuma hazır oluş, ebe

ABSTRACT

The Evaluation of Pregnancy's Birth Belief and Ready for Birth

Aim: This research was conducted to evaluate pregnant women's birth beliefs and readiness for birth.

Material and Method: This research is a descriptive study. This research is of descriptive type. The research was conducted with 1000 pregnant volunteers who applied to Ankara Training and Research Hospital between October 2022 and December 2022 and met the research criteria.

The data were collected using the "Personal Information Form", "Birth Beliefs (BBS) Scale" and "Ready for Birth Subscale of the Prenatal Self Evaluation Questionnaire". Number, percentage, mean statistical methods, parametric (t-test), nonparametric tests (Kruskal Wallis) and Pearson correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: Pregnancies scored 3.77 ± 0.76 in the medical processes sub-dimension, 4.28 ± 0.62 in the natural processes sub-dimension, and 4.00 ± 0.48 in the BBS. The mean total score in the Birth Readiness subscale was 31.59 ± 4.58 . A weak positive correlation was found between the birth belief scale birth process sub-dimension and total mean score of the pregnant women.

Conclusion: As the natural birth belief of pregnant women increases, their readiness increases.

Keywords: Birth beliefs, delivery, midwife, ready for birth

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DHOÖ	: Doğum Hazır Oluş Ölçeği
DIÖ	: Doğum İnancı Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (The International Federation of Gynecology and Obstetrics)
ICM	: International Confederation of Midwives (Uluslararası Ebelik Konfederasyonu)
IVF	: İn Vitro Fertilizasyon
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation of Economic Cooperation and Development)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı	33
Tablo 4.2. Gebelerin DiÖ ve DHO ölçeklerinden aldıkları minimum, maksimum puan ve puan ortalamalarının dağılımı	35
Tablo 4.3. Gebelerin DiÖ ve DHOÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4.4. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DiÖ doğal süreç ve DiÖ tıbbi süreç inançlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 4.5. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DHOÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47

1. GİRİŞ

Gebelik, kadının hayatı boyunca yaşayabileceği fizyolojik temelli en özel tecrübelerden biridir (Kızılkaya Beji, 2015). Gebelik, sağlıklı bir gebelik süreci ve sağlıklı bir çocuğun oluşması için hem gelişimsel bir süreç hem de sosyal bir olaydır (Côté-Arsenault ve ark., 2016). Gebelik bir hastalık durumu olmamasına karşın kadını tıbbi komplikasyonlara hayatının diğer dönemlerinde olduğundan daha açık hale getirir. Bu nedenle gebelik ve doğum öncesi hazırlıklar, sağlıklı gebeliğin başlaması ve sürdürülmesinde önemlidir. (Simkin 2016, s.34)

Tüm dünyada, bir yılda neredeyse 140 milyon kadar doğum meydana gelmektedir. Sağlıklı nesiller ve yaşama sağlıklı bir başlangıç doğumların primer amaçlarındandır. (Dadipoor ve ark., 2017; World Health Organization, 2018). Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) doğumun; kadının herhangi bir cerrahi, tıbbi veya farmasötik müdahale olmaksızın, termde, vertex pozisyonunda spontan olarak doğması ile doğumun başladığı, devam ettiği ve tamamladığı bir süreç olduğunu belirtmiştir (International Confederation of Midwives, 2022). Tarihsel dönemler boyunca geliştirilmeye devam eden doğum teknikleri ile doğum konusunda artan bilgi birikimleri eşliğinde vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda fetüsün abdominal yolla dünyaya gelmesi olanağı söz konusu olmuştur (Bektaş 2008, s.16).

Günümüzde Türkiye dahil birçok batı ülkesinde kadınlar artık doğumlarını nasıl, nerede ve kiminle yapabileceklerini prenatal dönemde hatta prekonsepsiyonel dönemde karar verirler. Gözükara ve ark.'ları yaptıkları çalışmada gebelerin %88.9'unun gebe iken verdikleri doğum şekline yönelik kararlarının gebelikleri boyunca değişmediği sonucunu göstermiştir. (Gözükara, 2008; Preis, Chen, ve ark., 2018)

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların payı 2003 yılında %21, 2008'de %37, 2018'de %52'dir

(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Ülkemizde ve dünyada sezaryen ciddi oranlarda artış göstermiş bir zamanların kurtarıcı operasyonu sezaryen şu anda kadınlar için bir doğum seçeneği haline gelmiştir (Odent 2017, s.45). Tıbbi bir endikasyonu olmadan gerçekleştirilen sezaryen operasyonlarının maternal ve fetal sağlık adına yeterince güvenli bir etkisinin olmadığı buna karşın maternal ve fetal sağlık için olumsuz etkilerinin de olduğu bilinmektedir (Betran ve ark., 2016). Yapılan birçok çalışma gebelerin doğum sırasında ağrı yaşamayı istememeleri, taravay aşamasından duydukları endişe, sezaryen operasyonunun daha konforlu ve ağrısız geçtiği düşüncesi, doğum tarihinin belirlenebilir olması, anne yaşının ileri olması ve kıymetli bebek algısı gibi nedenlerin sezaryen oranları artışında etkili olduğunu göstermektedir (Başar ve ark., 2018; Çalık ve ark., 2018; Karabulutlu, 2012; Sezgin, 2011; Yapça ve ark., 2015).

İnsanların sağlıkla ilgili konularda karar vermeleri, büyük ölçüde inançlarına ve algılarına dayanmaktadır. İnançlar ve algılar sadece sağlık davranışlarını değil aynı zamanda sağlık sonuçlarını da etkiler. Kadınlar için doğum eylemi inançlardan etkilenen bir süreçtir (Benyamini, 2011). Kadınların doğum eylemine yönelik duydukları inançlar ve kadınların doğum eyleminden istekleri birbirlerinden farklı olabilmektedir. Doğum tercihlerinin temeline bakıldığında gebenin doğum ve doğum sürecinden beklentileri yer almaktadır. Temel doğum inançları, kadınların doğumun fiziksel yönlerini nasıl gördüklerini ifade eder. Dolayısıyla tıbbi doğum inancı ve doğal doğum inançlarına yönelik kadınlar farklı görüşlere sahip olabilirler (Brubaker, 2009).

Doğumun doğal bir süreç olduğu inancı; doğumun doğal ve güvenli bir eylem olduğu, kadın bedeninin doğum için iyi tasarlanmış olduğu, doğum ağrısının doğumun doğal bir parçası olduğu ve gerekmedikçe müdahaleden kaçınılması gerektiği gerçeğini ifade eder (Haines ve ark., 2012; Preis, Chen, ve ark., 2018). Tıbbi bir süreç olarak doğum ise doğumun tehlikeli ve riskli olduğu, en son teknolojilerin kullanılması gerektiği ve

doğum ağrısının tıbbi müdahale gerektirdiği inancını ifade eder (Christiaens ve ark., 2010). Kadınlar, doğumun hem doğal bir süreç olduğu hem de tıbbi bir süreç olduğu inancından etkilenebilirler. Ancak kadın kendisi için uygun olarak doğal doğumu idealize etse de güvenli bir postpartum dönem sağlama veya bebek bakımı için tıbbi bakım talep edebilmektedir. Doğum inançlarından biri veya her ikisi birden gebenin tercih ettiği doğum şeklini doğrudan etkileyebilir (Preis, Chen, ve ark., 2018). Benzer şekilde sosyal ve kültürel faktörlerin de etkisi altında olan doğum inancı faktörü kadının doğuma hazır oluşunu da etkileyebilir.

Kadınların kendilerini hem psikolojik yönden hem fiziksel yönden hazır olması hazır oluşluk olarak tanımlanır ve doğuma hazır oluşluk gebelik süresince de doğumda da çok önemli bir etkidir (Beydağ, 2010). Gebelerin doğuma hazır oluşlukları da doğum tercihlerini dolaylı olarak etkilemektedir (Şahin Büyük 2017, s.23). Doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum inançlarını artırması ile gebenin doğuma hazır oluşluğu mümkün olabilir (Odent 2017, s. 63). Doğum şekline ilişkin kararlarda hem ebelerin hem de gebelerin rolünü değerlendirmek için kapsamlı bir yaklaşımı benimseyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Ebeler, gebelere bakım verirken gebelik süreci ve doğuma ilişkin bilgi düzeylerini artırmalı, doğuma hazırlık kurslarına katılımlarını desteklemeli ve gereksinimlere yönelik bakım vermelidirler. Sunulan ebelik bakımı kadınların annelik yolculuklarına ebeler ile başlamalarını sağlar ve doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarını etkiler.

Yapılan literatür incelemesinde gebelerin doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarının birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla literatüre katkı sağlayacağı düşünülen bu araştırmanın yapılmasına karar verilmiştir. Araştırma, gebelerin doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik ve anne olmak doğurganlık dönemindeki kadın yaşamının en önemli değişkenleridir. Kadının psikolojik, biyolojik ve duygusal uyum süreçlerini içerir. Kadınların bireysel özellikleri, inançları, sosyoekonomik durumu, planlı bir gebelikte olup olmaması, çevresinde bulunan rol modelleri, gebeliğe ve anneliğe hazır oluşluğu gibi bir çok faktör bu uyum süreçlerinde etkili olabilmektedir (Javadifar ve ark., 2016).

Gebelik süresinde kadın bedeninde fetüsün büyümesi ve gelişmesi için fizyolojik olarak anatomik değişiklikler meydana gelir. Gebelik sürecinde anne adayının geçirdiği bu değişiklikler birçok sistemde etkisini göstermektedir. Etkilenen yapılar ise iç genital bölge, iskelet-kas sistemi, periferik sinir sistemi, bütün gastrointestinal sistem, endokrin sistemi, üriner sistem, kardiovasküler sistem, meme ile süt kanalları, hemodinamik yapı ve solunum sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreçte gelişimsel bir büyümenin meydana gelmesinin yanı sıra annelik dönemine geçiş ile yeni bir benlik anlayışına ulaşmak için yeniden yapılanma hedeflerini, davranışlarını ve sorumluluklarını kapsayan karmaşık bilişsel, duyuşsal ve davranışsal değişiklikler, kaygı ve stres de yaşanmaktadır (Taşkın, 2016, s.87; Üst, 2015).

Gebelik literatürde 40 haftalık bir zaman diliminin ifade eder ve bu süreç üç trimester altında incelenmektedir. Her gebelikte trimesterlere göre anne adayının yaşadığı duygular ve verdiği tepkiler değişmektedir. Bu nedenle trimesterlere özgü değişikliklerin bilinmesi gebeliğe uyumun geliştirilmesi açısından oldukça kıymetlidir (Davis ve ark., 2020).

- Birinci trimester: Fetal sürecin başladığı ilk 12 haftalık zaman dilimidir.
- İkinci trimester: 13 ile 27. haftaları arasındaki dönemi belirtmektedir.

- Üçüncü trimester: 28. haftadan başlar ve doğuma kadar olan zamanı belirtmektedir.

2.1.1. Birinci Trimester

İlk trimester bebeğin gelişiminin başladığı ve anne adayının fizyolojik ve psikolojik olarak uyum sağlamaya başladığı bir dönemdir. Bu dönemde kadının gebelik sürecine inanması ve uyum sağlaması ultrason aracılığıyla gebelik kesesinin görülmesi sonucu başlar gebelik ile kendinde meydana gelen değişimleri kabul ederek devam eder. Annelik ve gebelik rollerini kabul etmeyi başaran kadınlar gebelikle meydana gelen değişimlere daha kolay uyum sağlayabilmektedirler. Birinci trimester boyunca kadının odak noktası bebekten çok kendisindedir, anne olmanın hayatındaki yeni değişiklikleri üzerine odaklanmaktadır (Erdemoğlu ve ark., 2018; Yücel ve ark., 2013).

Gebelik haftasının ilerlemesi ile ilk trimesterda fiziksel ve emosyonel rahatsızlıklar da başlamaktadır. Bunlar; mide bulantıları ve kusma, burun kanaması ve tıkanması, sık idrara çıkma, göğüslerde hassasiyet, abdomende rahatsızlıklar, gebenin iştahının artması veya azalması, mide rahatsızlıkları, kokulara karşı duyarlı olma, konstipasyon, alt ekstremitede varis, ödem, kaslarda kramplar, bel ağrısı, yorgunluk hissi, solunumun sıkıntıya girmesi, uykuya yatkın olma benzeri durumlardır (Özorhan ve ark., 2014). Birinci trimester sonunda kadınların gebeliklerinden memnun kalmaları, kendileri ile yakın çevresindekilerinde gebelik, doğum ile ilgili olabilecek sorunlarda baş edilebileceğine inanması, özgüveninin artması, fiziksel ve emosyonel gelişen rahatsızlıklarının azalması beklenmektedir (Yücel ve ark., 2013).

2.1.2. İkinci Trimester

İlk trimesterdaki rahatsızlıkların ikinci trimesterda azalması ve annenin fetüsü kabul etmesi ile kadının odak noktasını artık bebek oluşturmaktadır. Bu trimesterde kadının gebeliğini gerçek olarak sınıflandırmasına neden olacak değişiklikler meydana

gelmektedir. Abdomen ve memelerde büyümeye başlar, uterus palpe edilebilir. Kadınlar fetüsün ilk hareketlerini hissetmek, ultrasonda bebeklerini görmek ve kalp seslerini duymak gibi özel deneyimler yaşarlar. Bu süreçte fetüsün korunması, beslenmesi, anne bebek bağlanması, anne bebek güvenliği ile ilgili eğitimler alması anne adayının yararına olacaktır (Taşkın, 2016, s.223).

İkinci trimester, doğuma hazırlık grupları için iyi bir zamandır ve gebeler birbirleri ile vakit geçirebilirler. Gebenin bilgi seviyesi arttıkça gebelik ve fetüs hakkındaki endişelerinde de azalma olduğu bilinmektedir (Kızılkaya Beji, 2015).

İkinci trimester sürecinin sonuna doğru kadınlar gebelik rollerine uyum sağlamaktadırlar. Bu şekilde gebeler bebeklerine bağlanmakta ve kendilerini de anne olmak için doğuma hazırlanmaya başlamaktadırlar (Delibalta ve ark., 2021).

2.1.3. Üçüncü Trimester

Gebeliğin 28. Haftası ile üçüncü trimester başlar. Bu dönemde de ilk trimesterdaki ambivan duygular tekrar görülmeye başlar, fetüsün büyümesi ile fiziksel rahatsızlıklarda artışlar görülür. Yorgunluk, iştahta artma, mide ağrıları, uterusun hazırlayıcı kontraksiyonları, uyku problemleri, alt ekstremitelerde ödem ve kramplar, konstipasyon, sırt ağrıları, solunum zorlukları en sık karşılaşılan son trimester rahatsızlıklarıdır (Kızılkaya Beji., 2015). Bu dönem boyunca kadınlar kendilerini doğum yapma konusunda ikna etmeye çalışır ve hazır oluşluk üzerinde durulur (Doğan 2018, s.15).

Doğumun yaklaşması ile bu dönemde kadının korku ve endişe seviyeleri artmaya başlayabilir. Gebe eşi ve diğer aile bireylerinin gebeliğin getirdiği fizyolojik rahatsızlıklarda destek olmasına daha çok ihtiyaç duyar. Doğumun ne zaman başlayacağını bilememe, ölüm korkusu, bebeğinin zarar göreceği korkusu, sağlık personellerinden yeterli bakımı görememe endişesi doğumun yaklaşması ile beraber artar.

Bir yandan gebe sağlıklı bebeğine kavuşmak isterken diğer taraftan doğumdan korktuğu için bebeğini suçlayabilir (Hancıoğlu Aytac 2017, s.21)

Doğuma yakın bu dönemde kadınların kaygılarını azaltmak, bilgi düzeylerini artırmak, annelik rolüne ve doğuma kadını hazırlamak ile ilgili eğitim verilmesi faydalı olacaktır. Bunun içinde gebelik sürecinin biyolojik ve psikolojik değişimlerini bilmek; gebenin de bebeğin de sağlığını değerlendirebilmek adına önem taşımaktadır. Aynı zamanda gebelikte gelişebilecek olumsuzluklar da bu eğitimler ile önlenmektedir (Özbek 2019, s.14).

2.2. Normal Doğum Eylemi

Doğum, insanlığın başlangıcından beri var olan ve oluşum döngüsü değişmeden kalan fizyolojik davranışlardan biri olarak kabul edilmektedir (Gönenç, 2012). Doğum eylemi; anne karnındaki fetüsün her anlamda gelişimini tamamlayarak, uterus kontraksiyonlarını harekete geçirip, plasenta ve membranlarının doğum kanalından dışarı atılmasıdır. Eylemde yardımcı güçlerinde etkisi vardır. Bu süreç fetüsün ve plasantanın doğumundan sonraki 2-4 saat aralığını da kapsamaktadır. Normal spontan gelişen doğum; fetüsün tek ve vertex pozisyon ile term olan süreçte (38. ve 42. Haftalar) kendiliğinden başlayarak doğması olayıdır. Bu olayda en temel amacımız, annenin de fetüsün de bu süreci olabilecek en sağlıklı şekilde tamamlamasıdır (Kömürcü 2013, s.41).

Doğum eyleminin ilk evresi olan dilatasyon evresini ve doğumun sürecini etkileyen beş faktör bulunmaktadır. Bunlar; fetüsün geçeceği doğum kanalı, fetüsün kendisi ve plasenta, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan itici güçler, kadının pozisyonu ve kadının psikososyal durumudur (Taşkın 2016, s.223).

2.2.1. Doğum Eyleminin Evreleri

2.2.1.1. Doğumun Birinci Evresi (Dilatasyon Evresi)

Doğumun ilk aşaması, doğumun başlamasıyla başlar ve serviksin 10 santimetreye kadar tam açılmasıyla sona erer. Doğum genellikle kendiliğinden başlar veya çeşitli anne veya fetus endikasyonları nedeniyle tıbbi olarak başlatılabilir (Liao ve ark., 2005). Doğumun ilk aşaması boyunca fetüsün pozisyonunu, servikal dilatasyonu ve servikal efesmanı belirlemek için servikal muayeneler yapılır. Servikal efesman, ön-arka düzlemin servikal uzunluğu ifade eder. Serviksin tamamen incilmesi ve hiç uzunluk kalmaması durumuna %100 silinme denir (Incerti ve ark., 2011).

Doğumun ilk evresi servikal dilatasyon ve silinme derecelerine göre latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olmak üzere üç aşamaya ayrılır.

Latent faz; gebenin uterus kontraksiyonlarının düzenli aralık ve yeterli şiddetle başlayıp silinmenin %20-60, dilatasyonun da 3 cm olması ile sonlanır. Primiparlarda bu süreç multiparlara göre daha uzun sürmektedir. Sedasyon, doğumun latent faz süresini uzatabilir (Zhang ve ark., 2022).

Aktif faz; serviks dilatasyonun 4 cm olması ile başlar, dilatasyonun 8 cm olması ve silinmenin %80-100 olması ile sona erer. Aktif faz yaklaşık olarak primiparlarda 4-6 saat, multiparlarda 2-4 saat sürmektedir. Uterus kontraksiyonlarının şiddetinin ve sıklığının artması anne adayında endişe, anksiyete ve yorgunluğa neden olmaktadır. Bu nedenle gebeye olan iletişim zorlaşır (Rathfish 2012, s.87).

Geçiş fazı; servikal dilatasyonun 8-10 cm, silinmenin %100 olması beklenir. Membranlar açılmıştır, kontraksiyonlar şiddetli ve siktir. Veriler, doğum eylemi normal ilerleyen ve fetal riske dair kanıt bulunmayan kadınlar için, izlemeyi kolaylaştırmak için gerekmedikçe rutin amniyotominin yapılmasına gerek olmadığını göstermektedir (ACOG Committee Opinion No. 766 Summary, 2019).

2.2.1.2. Doğumun İkinci Evresi (Ekspulsiyon Evresi)

Doğumun ikinci evresi servikal dilatasyonun ve silinmenin de tamamlanması ile fetusun doğmasını kapsar (Liao ve ark., 2005). Multiparlarda ikinci evrenin süresi daha kısa iken primiparlarda biraz daha süre gerekebilir. Fetüsün boyutu ve pozisyonu gibi fetal faktörler veya pelvis şekli, kontraksiyonların büyüklüğü, hipertansiyon veya diyabet gibi hastalıklar, yaş ve daha önce geçirilmiş gebelik öyküsü gibi anneye ait faktörler de dahil olmak üzere, doğumun ikinci aşamasının süresini çeşitli unsurlar etkileyebilir (Cheng, 2017).

2.2.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi (Plesantal Evre)

Plesantal evre olarak da bilinen doğum eyleminin üçüncü evresi fetüsün doğumu ile başlayıp plasenta ve membranların dışarı atıldığı süreçtir. Plasentanın tamamen vajenden atılması için en uygun süre 5-30 dakikadır. Bu sürecin daha uzun olması plasenta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyonların, plasenta yerleşme anomalilerinin belirtilerinden birisi olabilir (Liao ve ark., 2005).

Plasentanın ayrılma belirtileri; uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi, ani vajinal kanama, umblikal kordun boyunda uzamayı görmek ve uterusun abdomenden küre şeklinde ve sert palpe edilmesidir (Rathfisch 2012, s.102).

2.2.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi (Kanama Kontrol Evresi)

Doğum eyleminin dördüncü evresi plesantanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saatlik süreçtir. Erken postpartum iyileşme evresidir. Ebeler tarafından annenin kanama riski için takibinin yapılması ve kanamanın azalmasında elzem olan emzirmenin başlatılması gerekmektedir (Harris ve ark., 2012).

2.3. Normal Doğum Eyleminin Mekanizması

Fetal membran rüptürü, servikal olgunlaşma ve miyometrial aktivitenin artması dahil olmak üzere doğumla ilgili üç temel süreç vardır. Spontan fetal membran

yırılması, membranları zayıflatan hücre dışı matris parçalayıcı enzimler yoluyla meydana gelir. Bu olaydan önce miyometriyum artan kasılma aktivitesine maruz kalırken, serviks de fetüsün uterustan dışarı çıkmasına izin vermek için yumuşama ve olgunlaşma sürecinden geçer. Uterus aktivitesinin gebeliğin ve doğumun ikinci bölümünde nasıl düzenlendiğini değerlendirmek amacıyla dört farklı fizyolojik evre tanımlanmıştır (Nguyen-Ngo, 2020).

Miyometriyum, esas olarak kolajen liflerden oluşan hücre dışı bir matriks içine gömülü düz kas hücrelerinden oluşan uterusun kas tabakasıdır. Gebelik süresi boyunca spontan, düzensiz, uzun süreli kasılmalardan sorumludur ve doğumda aktif hale geçer. Miyometriyal aktivitenin dört temel aşaması (sakinlik, aktivasyon, stimülasyon ve involüsyon) vardır. Miyometriyum, doğumun başlangıcına kadar gestation (faz 0) boyunca işlevsel olarak durağandır, bu sırada miyometriyum aktivasyon (faz 1) ve stimülasyon (faz 2) geçirir. Aktivasyon ve stimülasyon sırasında miyometriyum, doğum sırasında artan kontraktileti kolaylaştırmak ve sürdürmek için bir dizi biyokimyasal değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler arasında değişen hormon seviyeleri, uterotoniklerin ve kasılma ile ilişkili proteinlerin üretimi ve hücre dışı matriksin yeniden şekillendirilmesi yoluyla miyometriyal hücreler arasında boşluk bağlantılarının oluşumu yer alır. Fetüsün ve plasentanın doğumunu takiben, uterus gebe olmayan duruma dönmek için involüsyona uğrar (faz 3) (Cunningham 2014, s.427).

Doğumun aktivasyon ve stimülasyon aşamaları sırasında miyometriyum anatomik bir değişime uğrar ve alt uterus segmenti üst fundal segmentten farklı bir şekil ve moleküler ortam oluşturur. Üçüncü evre doğum eylemindeki gebeler üzerinde iki boyutlu ultra ses analizi kullanılarak yapılan yeni bir çalışmada, miyometriyal kas liflerinin üst segmentte kalınlaştığı, ancak alt segmentte incelendiği bulunmuştur. İki segment arasındaki bu morfolojik ayrım, üst segmentin daha güçlü kasılmalar ürettiğini ve fetüsü uterusun

rahatlamış alt segmentine doğru tek başına yönlendirmek için üst intrauterin boşluğu azalttığını düşündürmektedir (Patwardhan ve ark., 2015).

Myometriyal kontraktilite hücresel düzeyde incelendiğinde daha karmaşık bir hal alır ve çeşitli biyokimyasal faktörler tarafından düzenlenir. hücre içi kalsiyum ($[Ca^{2+}]$) seviyelerindeki artış hücresel kasılmayı indükleyebilmektedir (Coleman ve ark., 2000).

Uterusun sakin bir yapıdan dinamik ve kasılabilir bir yapıya geçişi, miyometriyal hücrelerin gap junction'lar aracılığıyla bir araya gelmesi ve iletişim kurmasıyla gerçekleşir. Gap junction proteini CX43'ün üretimi baskılandığında doğum eylemi gecikirken, uzamış doğum eylemi olan gebe kadınlarda travay sürecinde olan gebeye kıyasla daha düşük CX43 olduğu izlenmiştir (Cluff ve ark., 2006).

Fonksiyonel progesteronun (P4) geri çekilmesi ile progesteron reseptörlerinin ekspresyonunda artış meydana geldiği düşünülmektedir. Bu durum gap junction proteinlerinin artışı teşvik edebilir (Pieber ve ark., 2001). Fonksiyonel progesteronun kandaki azalışı myometrial hücrelere kalsiyum girişini de artırmaktadır (Gehrig-Burger ve ark., 2010).

Oksitosin, miyometriyal düz kas aktivasyonunda ve servikal yeniden yapılanmada rol oynar. Oksitosin reseptörlerinin konsantrasyonu doğum yaklaştıkça önemli ölçüde artar ve doğumun erken döneminde en yüksek düzeye ulaşır. Reseptörler en yüksek konsantrasyonda uterus fundusunda ve desiduada, ardından alt segmentte ve son olarak servikste dağıtılır . Oksitosinin hem doğrudan hem de dolaylı etkileri vardır. Düzenli, etkili kasılmalar oluşturmak için doğrudan miyometriyuma etki eder ve PG üretimini arttırmak için dolaylı olarak desiduaya etki eder (Thornton, 2023).

Prostaglandinlerin hem preterm hem de term doğumda rol oynadığı uzun süredir kanıtlanmıştır. Doğumda fetal membranlardan ve miyometriyumdan prostaglandin

salınımı artar. Daha sonra artan prostaglandin seviyelerinin hem serviksin olgunlaşmasında hem de uterus kontraksiyonlarının uyarılmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Phillips ve ark., 2011).

Doğum, fetal membranlar ve uterus dokuları tarafından sitokin ve kemokin salgılanmasının artmasıyla karakterize edilen fizyolojik bir inflamasyon durumudur. Normal doğum eylemi sırasında steril enflamasyonun rolünü gösteren çok sayıda kanıt mevcuttur. Doğum yapan miyometriyum, doğum yapmayanlara kıyasla nötrofiller ve makrofajlar gibi infiltrasyon yapan lökositlerde artış ve pro-enflamatuar sitokin ve kemokin ekspresyonunda yükselme sergiler (Bollopragada ve ark., 2009). Miyometriyal uyarılabilirlik ve kontraktileteyi indüklemeye çeşitli biyokimyasal faktörlerin rolünü göstermektedir ancak normal doğumun mekanizmasında net bir olay sıralaması olmadığı gibi bilinmeyen bir çok şey de hala vardır (Nguyen-Ngo, 2020).

2.3.1. Doğum Ağrısı

Ağrı; bilişsel, davranışsal, duyuşsal, duygusal ve sosyal faktörleri içinde barındıran kişiye özel bir deneyimdir. Ağrıya karşı gösterilen tepkiyi ifade eden gelen ağrı eşiği her insanda farklı olabilmektedir. Kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim, din, dil, çevre, yaşam şekli, kültür, yaşanmış ağrı deneyimleri, ağrıya neden olan durumun anlam ve önemi vb. gibi durumlar ağrı eşiğini, ağrı tolerans düzeyini ve fizyolojik davranışsal tepkileri etkilemektedir (Yağci, 2019).

Ağrı doğum için de yaygın, beklenen, patolojik olmayan, yavaşça ortaya çıkan, doğumu ilerleten kontraksiyonlarla beraber şiddetlenen ve dinlenme fazları olan bir semptomdur (Höbek Akarsu ve ark., 2018). Doğum süresindeki ağrılar şiddetli ağrı olarak sınıflandırılır ancak doğum ağrıları insanlığın varoluşundan bu yana doğumun önemli bir bölümünü oluşturması, belirli bir hazırlık sürecinin olması, fetüsün doğumu için olması

ve fetüsün doğumuyla beraber sonlanması, kesintili olması nedeni ile diğer ağrı sınıflandırmalarından ayrılmaktadır (Ergin 2013, s.24).

Doğum kadınların hayatlarında kazanabilecekleri en eşsiz deneyimlerden biridir. Gebeliğin başından itibaren birçok kadının düşündüğü sorunlardan birisi de doğum ağrısıdır. Doğum ağrısı doğumun bir parçasıdır ve evrenseldir. Doğum mutlu olmak için bir fırsat olsa da beraberinde acı ve rahatsızlık hissi gibi riskleri de beraberinde getiren fizyolojik bir süreçtir. Bu nedenle, olumlu ve güçlendirici bir deneyim olmasına rağmen, kontrolsüz doğum ağrısına bağlı stres anne, fetüs ve yenidoğan üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve trajik sonuçlarla sona erebilir (Santana ve ark., 2016).

Doğum ağrısı patolojik bir faktör olmayıp nedenleri fiziksel veya psikolojik olabilir. Fiziksel faktörler arasında uterus kontraksiyonları, servikal dilatasyonlar, servikal silinmeler vb. Psikolojik faktörler arasında korku ve kaygı, önceki deneyimler, yetersiz destek, yetersiz bilgi yer alır. Doğum sırasında algılanan ağrı her kadın için farklı olabilir. (Sethi, 2017) Gebelerin doğum sürecinde yaşadıkları korku ve kaygı, pelvik kasların gerilmesine neden olarak uterusun itici kuvvetine ve kadının doğum sırasında uyguladığı itici kuvvete karşı direnç oluşturur. Kaygıya bağlı pelvik kaslardaki gerginliğin uzaması gebelerde genel yorgunluğa, ağrının artmasına ve ağrıyla baş etme gücünün azalmasına neden olur (Gönenç, 2012). Kaygı aynı zamanda bireyin kendine olan güvenini de azaltır. Bu durumun bir sonucu olarak gebeler kendilerini yetersiz ve niteliksiz olarak algılamaktadırlar. Doğum sırasında yaşanan kaygı, kadınları kendi istekleriyle sezaryene yönlendirmektedir (Fenwick ve ark., 2010). Bu nedenle, doğum ağrısının kontrolü dünya çapında en önemli sağlık hedeflerinden biri olmuştur (Liddell, 2018).

Türkiye’de yapılan nitel bir çalışmada bazı kadınlar doğum ağrısını dayanılmaz, zor bir acı olarak ifade etmiş ve bu ağrıya bağlı doğumlarını olumsuz deneyimlediklerini

belirtmiştir (Aktaş, 2019). Hollander ve ark.'larının yaptığı çalışmada primipar kadınlar multiparlara göre doğum ağrısını daha şiddetli algıladıkları saptanmıştır (Hollander ve ark., 2017). İran'da yapılan bir araştırma, kadınların kendilerini iyi hazırlanmış ve desteklenmiş hissettikleri takdirde doğumla daha iyi başa çıkacaklarına inanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Hassanzadeh ve ark., 2021). Doğum sürecinde nefes alma ve rahatlama teknikleri özgüveni artırır, doğum ağrısıyla baş etme yeteneğini geliştirir ve doğum sırasında ve sonrasında refahı artırır (Thomson ve ark., 2019)

2.3.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen, açık abdominal ve uterus kesileri yoluyla fetüsün doğumudur. Vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda gerçekleştirilen bir kurtarma operasyonudur ayrıca zamanla gelişen teknoloji ve tıbbi gelişmeler sezaryen operasyonunu daha konforlu hale getirmiştir. Ancak anne için de bebek için de ciddi komplikasyonlara neden oluşturabilecek bir cerrahi girişimdir (Sung, 2023).

Tüm dünyada, bir yılda neredeyse 140 milyon kadar doğum meydana gelmektedir. Annelerin sağlığını tehlikeye atmayarak bebeğin sağlıklı bir yaşama başlaması yeni sağlıklı nesiller için doğumların primer amacı olmalıdır (Dadipoor ve ark., 2017). Son 50 yılda küresel sezaryen doğum oranı 1970'teki %5'ten 2018'de %21.1'e yükselmiştir ve bu oran DSÖ tarafından onaylanan %15 seviyesini aşmaktadır (Betran ve ark., 2016). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012 yılında kurduğu kayıt sistemi ile ülkede doğum analizlerini kayıt altına almaya başlamıştır. Aile planlaması ve demografik analizler doğrultusunda 2014 yılında elektronik kayıt sistemine geçilmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum hizmeti veren tüm sağlık birimleri ve kurumları hasta verilerinin elektronik imza ile otomasyon sistemine yüklenmesi, obstetrik değerlendirme, Robson sınıflandırması ve doğum bilgilerinin yer aldığı bu veriler daha sonra Sağlık Bakanlığı'nın

otomasyon sistemine aktarılmaktadır. Sağlık Bakanlığı veri tabanına göre Türkiye'de 2022 yılında 1166175 doğum gerçekleşmiş olup, 706370 (%60.5) sezaryen doğumdur. Sezaryen doğum yapılan hastaneler ise Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, vakıf üniversitesi hastaneleri, özel hastaneler ve sağlıkla ilgili diğer kamu kurumları olarak kaydedilmiştir (Birinci, 2023). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerinde de gerçekleşen bütün doğumlar içerisinde sezaryen doğumların sıklığı %52 olduğunu açıklamıştır. Doğumların %38'i için sezaryen doğum kararı doğum kontraksiyonları başlamadan önce verilirken, %14'ünde doğum kontraksiyonları başladıktan sonra verilmiştir. Planlanlı gerçekleştirilmiş sezaryen doğum oranlarının, planlanmamış sezaryen doğum oranlarından yüksek olması sezaryen doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadığına işaret edebilir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Yapılan bir çalışma ise; OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ülkeleri arasında Türkiye %53.1'lik en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir. ikinci sırada olan Macaristan %37.2 sezaryen oranı ile Türkiye'nin olduk olmakla birlikte ikinci sırada yer alan Macaristan, %37.2 ile Türkiye'nin epey gerisindedir (OECD, 2021).

Elektif Sezaryen

Elektif sezaryen, herhangi bir tıbbi veya obstetrik bulgu olmaksızın, termde annenin isteği üzerine tekil gebelik için elektif sezaryen olarak tanımlanmaktadır (Patted, 2011). Yapılan çalışmalar doktorun yönlendirmesi, anne adaylarının kendi rızası, sezaryen doğumun daha emniyetli olduğu varsayımı, anne adaylarının ağrı tecrübesinden kaçınmaları, vajinal doğum sürecinden korkmaları ve anksiyete duymaları (Başar, 2018), sezaryen doğumun daha rahat ve ağrısız olması, tüp ligasyon isteği, doğum tarihinin önceden planlanabilir olması, annenin ileri yaşı, yüksek sosyoekonomik yapısı ve eğitim düzeyi, geçirilmiş sezaryen öyküsü, sezaryen doğumdan başka ağrısız veya ağrının

kontrol altına alındığı doğum seçeneklerinin yeterince kullanılmaması, yardımcı üreme tekniklerinin artması ile preterm ve çoğul gebeliklerin artması, ultrasonografi ve antenatal fetal izlemin yaygın kullanılmasına bağlı fetal distres tanısının artması, paritenin azalması, annenin kariyer endişesi, anne adayının ve aile bireylerinin sabırsızlığı ile doğumdan kurtulma isteği, kıymetli bebek algısı elektif sezaryen oranlarının arttırmasında etkili nedenler olduğunu göstermektedir (Başkaya, 2018; Clesse ve ark., 2018; Çalık ve ark., 2018; Yapça ve ark., 2015).

Tıbbi endikasyon olmadan yapılan sezaryen sağlık açısından kazanç sağlamayabilir, tehlikeli yan etkilere neden olabilir ve vajinal doğumlara göre daha maliyetli olabilir. Yapılan bir sistematik incelemede komplikasyonsuz gebelikleri olan kadın doğum uzmanlarının rutin olarak kendilerine danışan gebelere vajinal doğumun yararları konusunda danışmanlık yapsalar da %14.3'ünün kendilerinin sezaryen doğumu tercih ettiklerini, %25.2'sinin sezaryen doğum yaptıklarını, %67'sinin de kendi yakın aile üyelerine elektif sezaryeni önerdiğini göstermiştir (Rana ve ark., 2023).

Literatürde doğum korkusunun sıklıkla annenin sezaryen isteğinin altında yatan bir neden olduğunu gösterilmiştir. Bu nedenle, doğumla ilgili kaygının elektif sezaryen doğumlarındaki artışın ana nedeni olduğu ileri sürülmüştür. Doğum korkusu, kadınları kendilerinden şüphe etmeye başlayacakları ve çocuk doğurma ve doğurma yeteneklerinden emin olmadıklarını hissedecek şekilde etkileyebilmektedir. Avrupa ülkelerine kıyasla nispeten daha düşük sezaryen oranlarına sahip olan Norveç'te kendi istekleri üzerine sezaryen doğum tercih eden kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada sonuçlar, doğum korkusu olan kadınların zayıf zihinsel sağlık ve zayıf sosyal destek gibi tanımlanabilir kırılganlık özelliklerine sahip olabileceğini göstermiştir (Størksen ve ark., 2015).

Son araştırmalar, doğum Şekilleri ile bebeklerin aşırı kilolu/obezliği arasındaki bağlantının, doğumda anneden çocuğa geçen farklı mikrobiyomlardan kaynaklanabileceğini ne sürmektedir. Vajinal doğum ile doğan bebeklerde hem vajinal, perineal hem de dışkı mikroflorasına farklı maruz kalmanın bebeklerin bağırsak mikrobiyotasının başlangıç bileşimini olumlu belirlediği düşünülmektedir (Dominguez-Bello ve ark., 2010). Bu nedenle elektif sezaryen yolu ile doğan bebeklerle karşılaştırıldığında obezite riski daha az bulunmuştur. Aynı zamanda normal doğum veya vajinal doğuma kıyasla elektif sezaryende yenidoğanın kortizol seviyelerindeki düşüklük bebeklikte ve ileri yaşamında yağ dokusu fonksiyon bozukluğuna neden olup ve obezite ihtimalini artırttırdığını göstermiştir (Tribe ve ark., 2018; S. Zhang ve ark., 2021).

2.3.2.1. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları anne ve perinatal ölümlerin önlenmesi açısından özel dikkat gerektiren bir yaklaşımdır. Sezaryen yapma kararı öncelikle anne ve fetüs için neyin en iyi olduğu veya anne ve fetüsün hayatını kurtarabileceği sorusuna dayanmaktadır. Bu nedenle sezaryen endikasyonları mutlak ve rölatif endikasyonlara ayrılabilir (Mylonas, 2015).

Mutlak endikasyonlar;

- Baş- pelvis uyurşmazlığı,
- Koryoamniyonit,
- Eklampsi ve HELLP sendromu,
- Fetal asfiksi veya fetal asidoz,
- Kord prolapsusu,
- Plasenta previa,
- Malprezentasyon,
- Dekolman plesanta

- İlerlemeyen doğum eylemi,
- Üçüz gebelik,
- Uterus rüptürüdür.

Rölatif endikasyonlar;

- Makat prezentasyonu,
- İri fetüs,
- İkiz gebelik,
- İVF gebeliği,
- Geçirilmiş sezaryen öyküsüdür.

2.3.2.2. Sezaryen Komplikasyonları

Literatür, endikasyon dahilinde yapılan sezaryen operasyonlarının hayat kurtarıcı olduğunu göstermektedir. Sezaryen operasyonu son yıllarda güvenli uygulanan bir cerrahi girişim olmasıyla beraber büyük bir abdominal girişimdir ve devamında bazı komplikasyonları da getirmektedir. Sezaryen girişimi maternal, perinatal mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (Sondgeroth ve ark., 2019). Operasyonda ve sonrasında karşılaşılabilecek anestezi riskleri, kanama riski ve kan transfüzyon ihtiyacı, yoğun bakımda kalma riski, histerektomi riski, emboli riski, neonatal morbidite, bebeğin yaralanması, neonatal respiratuar distres sendromu, endometrit ve yara yerinin enfeksiyonu riski söz konusudur (Keag ve ark., 2018). Ayrıca bir çalışma sezaryenin doğum sonu depresyon riskini de artırdığını ortaya koymuştur (Zhang ve ark., 2022).

Sezaryen uzun vadede de kadın için risk taşımaya devam eder. Abdominal cerrahi sonucu yapışıklık riskleri, insizyonel endometriyozis riski (Zhang ve ark., 2010), insizyon yakınlarında sinir hasarına bağlı yanma ve ağrı hissinin devam etmesi gibi komplikasyonlar vardır. Bunların yanı sıra bir sonraki gebelikte anormal plasentasyon, plasente akreata, ablasyo plasenta, uterus rüptürü riskleri artmıştır (Tulandi ve ark., 2009).

2.3.3. Robson Sınıflandırması

Robson sınıflandırma sistemi, doğum için kabul edilen tüm kadınları birbirini izleyen ve tamamen kapsayıcı on gruptan birine ayırmak için temel obstetrik özellikleri kullanır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO), sağlık kurumlarında zaman içinde ve kurumlar arasındaki sezaryen oranlarının değerlendirilmesi, izlenmesi ve karşılaştırılması için Robson sınıflandırmasını küresel bir standart olarak önermektedir. Ülkemizde de bu yöntem Mayıs 2012'den bu yana "Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi" kliniklerde kullanılmaya ve uygulanmaya başlanmıştır. İleriye dönük, objektif ve tekrarlanabilir bir sınıflandırma sistemi olarak Robson sınıflandırması, klinik denetim döngüsünün üç temel bileşenine yardımcı olmak için çok uygundur; yaygın olarak benimsenmesi, sezaryen oranlarını azaltmayı hedefleyen klinik denetim döngüleri içindeki verileri kategorize etmesi ve analiz etmek için benzer ve standart bir yöntem kullanarak çalışmalarını karşılaştırması fırsatı (FIGO, 2016). Son olarak DSÖ, Robson sınıflandırmasının kullanımını kolaylaştıracak başka bir araç olarak Robson platformunu kurmuştur. Bu küresel, ücretsiz, etkileşimli platform, dünya çapındaki bireysel doğum birimlerinin Robson sınıflandırma sistemini kullanarak hastane düzeyindeki sezaryen ve ilişkili perinatal sonuç verilerini yükleyebildiği ve paylaşabildiği bir yerdir. Veriler, açık olarak mevcuttur ve sağlık kurumları yeni veriler yüklediğinde gerçek zamanlı olarak güncellenmektedir (WHO, 2021).

Platformdan elde edilen veriler birçok amaç için kullanılabilir: (Opiyo ve ark., 2022).

- Sezaryen oranlarına ilişkin eğilimlerin ve farklı ortamlarda ilişkili sonuçların izlenmesi ve karşılaştırılması,

- Genel sezaryen oranlarına en fazla katkıda bulunan kadın gruplarının belirlenmesi,
- Sezaryen kullanımını optimize etmeye yönelik politika ve müdahalelerin değerlendirilmesi,
- Farklı ortamlardaki sonuçları analiz ederek bakım ve doğum uygulamalarının kalitesinin değerlendirilmesi,
- Eksik bilgi nedeniyle sınıflandırılmayan kadınların oranı da dahil olmak üzere obstetrik verilerin kalitesinin değerlendirilmesi.

Robson sınıflandırma sistemin temel özelliği gebelerin beş doğum özelliği esas alınarak, on farklı grup ile birbirlerinden bağımsız olarak sınıflandırılmasıdır. Bu beş temel özellik ise parite (nullipar, multipar ve daha önce geçirilmiş sezaryen), doğum eyleminin başlangıcı (spontan, indüklenmiş veya eylem başlamadan sezaryen), gebelik süresi (preterm veya term), fetal prezentasyon (baş, makat veya transvers) ve fetus sayısı (tekil veya çoğul) olarak belirlenmiştir.

Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi

Robson on gruplu sınıflandırma sistemi ise (WHO, 2021);

1. Grup: Nullipar, tekil, baş geliş, 37 hafta ve/veya üzeri, spontan doğum eyleminde olan gebeleri kapsar.
2. Grup: Nullipar, tekil, baş geliş, 37 hafta ve/veya üzeri, doğum eyleminden önce indüksiyon veya sezaryen uygulanan gebeleri kapsar.
3. Grup: Multipar, önceden uterin skarı olmayan, tekil, baş geliş, 37 hafta ve/veya üzeri, spontan doğum eyleminde olan gebeleri kapsar.
4. Grup: Multipar, önceden uterin skarı olmayan, tekil, baş geliş, 37 hafta ve/veya üzeri, doğum eyleminden önce indüksiyon veya sezaryen olan gebeleri kapsar.

5. Grup: Multipar, daha önce en az bir uterin skarı olan, tekil, baş geliş, 37 hafta ve/veya üzeri gebeliği bulunanları kapsar.
6. Grup: Nullipar, tekil, makat geliş özellikleri bulunan gebeleri kapsar.
7. Grup: Multipar, tekil, önceden uterin skarı olanlar da dahil makat geliş olan gebeleri kapsar.
8. Grup: Önceden uterin skarı olanlar dahil tüm çoğul gebelikleri kapsar.
9. Grup: Önceden uterin skarı olanlar dahil, tekil, transvers ya da oblik prezentasyonlu gebeleri kapsar.
10. Grup: 37 hafta altı, tekil, baş geliş, önceden uterin skarı olanlar dahil tüm erken doğumları kapsar.

2.4. Gebelerin Doğum Tercihleri ve Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Kadınların doğumları için kendi tercihlerini tayin etme hareketleri, kadınların kendi sağlıklarıyla ilgili karar verme hakları ve akıl yürütmeleri hasta özerkliği ilkesiyle bağlantılıdır. Kanıtlar, kadınların süreç boyunca kontrolün elinde olmasının ve seçim yapabilmesinin doğum deneyimini arttırdığını ileri sürmektedir (Green, 2003).

2.4.1. Doğum Tercihleri

Kadınların sağlık bakım ortamlarında doğum şekline karar verip veremeyeceği son birkaç on yıldır tartışma konusu olmuştur. Dünya çapında sezaryen oranlarındaki belirgin artışa bakıldığında temel ikilem gebelerin tıbbi bir endikasyon olmadan bu işlemi talep edip edemeyeceğidir (Vila Ortiz ve ark., 2023). Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda karar alma, tercih yapma kadınlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında ilişkiler kurmayı içerir. Tıp dünyasında hâkim olan normlardan birisi de hastanın özerkliğine saygı ilkesidir. Bu nedenle hastanın talebi üzerine yapılacak endikasyonsuz sezaryen doğumun, özerkliğe saygı ilkesinin bir istisnası olmasının geçerli sebepleri olmalıdır (Romanis, 2019).

Arjantin’de yapılan bir çalışma kadınların tıbbi bir endikasyon olmadan sezaryen doğum tercih etmelerinin yasallaştırılması konusu tartışılmıştır. Araştırmada gebelik süresinde yeterli hazırlığın yapılmamış olması, doğumda gerçekleşecekler hakkında yanlış bilgilendirilme, kadınların doğum ağrısı ile baş etmek istememeleri vajinal doğumu reddetmelerinin ana sebepleri olarak bulunmuştur. Bu çalışma gebenin kararının sağlık profesyonelleri ile alması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Gee, 2015).

Her ne kadar vajinal doğum veya “doğal” doğum, doğum bakımının standardı olarak görülse de kaygı, stres, depresyon ve korku, doğum gibi hassas bir anda kadının psikolojik bütünlüğünü ciddi şekilde tehlikeye atabileceği için yararlılık ilkesi ile de tutarlı olarak sezaryen doğum gebenin alabileceği en kaliteli hizmet olarak kabul edilebilmektedir. Bu noktada da önemli olan gebenin sezaryen talebi için bilgilendirilmiş onamı alınması gerekmektedir. Sezaryen isteyen gebelerin fizyolojik risk faktörleri kadar psikolojik risk faktörleri de belirlenerek doğum sürecine karar vermede ebeler ve obstetri uzmanları gebeyi değerlendirebilirler (Sorrentino ve ark., 2022).

2.4.1.2. Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Annelik ve doğuma ilişkin kültürel normlar, kadınların doğumun ne olduğu ve nasıl yönetilmesi gerektiğine ilişkin algılarını şekillendirmektedir. Kadınların da annelik yolculuklarına ebeler ile başlamaları gerekmektedir. Bu nedenle kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörlerin anlaşılması ebeler için önemlidir (Preis ve ark., 2018)

Doğum öz-yeterliği ve doğum korkusu, doğum tercihiyle ilişkili en sık bildirilen psikolojik faktörlerdir. Doğum öz-yeterliği, kişinin doğum süreci ve vajinal doğumla baş edebileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır. Doğum korkusu, vajinal doğum korkusu olarak tanımlanır ve ağrı korkusu, bebeğe zarar verme korkusu, komplikasyon korkusu, bedensel hasar korkusu olmak üzere dört boyutu kapsar (Carlsson ve ark., 2015).

Doğum hikâyelerinin doğum tercihlerini etkilediğini bir çalışmada planlı sezaryen oranının yüksek olduğu modern toplumlarda genellikle olumlu değerlendirilen planlı sezaryen doğum hikâyelerinin görülme sıklığı da artmakta ve dolayısıyla gelecekte elektif sezaryen oranının artışına neden olacağı belirtilmektedir (Miller, 2021).

Yapılan bir çalışmada bazı kadınların isteğe bağlı sezaryen tercihinin en yaygın nedenleri arasında ağrı korkusu, sezaryen doğumun vajinal doğumdan daha güvenli olduğu algısı (hem anne hem de bebek için), önceki olumsuz doğum deneyimi (daha önce acil sezaryen geçirme), sağlık çalışanlarının etkisi, aile/arkadaşların etkisi ve bilgiye/eğitime sınırlı erişim gibi nedenler sıralanmıştır. Ancak aynı çalışmada kadınların doğum için karar verme süreçlerinde sağlık uzmanlarından etkilendikleri ve bilgiye daha iyi erişen kadınların sezaryen tercihlerinin azaldığı belirtilmektedir (Coates ve ark., 2020).

2.5. Gebelerin Doğum İnançları

Doğumun doğal bir süreç olduğuna dair inançlar, doğumun normal, güvenli bir süreç olduğu gibi düşünceleri ima eder; kadınların bedenleri doğuma göre tasarlanmıştır; kadınlar vücutlarının bunu yapabilme yeteneğine güvenmelidirler; acı, doğumun ayrılmaz bir parçasıdır ve zorunlu olmadıkça doğuma müdahale edilmemelidir (Haines, Rubertsson, Pallant, ve ark., 2012; Preis, 2017). Doğumun tıbbi bir süreç olduğuna dair inançlar ise doğum risklidir, vücudun hatalı anatomisi nedeniyle tıp doktorunun dikkatli bakımı altında doğum gerçekleştirilmelidir, doğum ağrısı farmakolojik olarak çözülmesi gereken gereksiz bir rahatsızlık olarak belirtilmektedir (K. Stoll, 2013).

Doğum tercihleri konusunda yapılan araştırmalarda gebeler tarafından doğumun doğal veya tıbbi olarak görülmesinde; doğumun yapılacağı yer (Arcia, 2013), doğumun şekli, ebe veya kadın doğum uzmanı ile doğum yapma ve analjezi kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (K. H. Stoll ve ark., 2016; Wilson, 2010). Doğumun tıbbi veya

doğal olduğu algısı aynı zamanda doğum korkusu, doğum deneyimi, doğum memnuniyeti gibi doğumun diğer merkezi algıları ile de ilişkilidir. Dolayısıyla doğum inançları doğum tercihleri, karar verme gibi hayati öneme sahip doğum algısının temel yapı taşlarını oluşturur (Preis, 2017).

Günümüzde çoğu batılılaşmış toplumlarda perinatal döneminde zaman içerisinde tıbbileşmesi ile doğumun medikalizasyonu kavramı ortaya çıkmıştır. Kavramın ortaya çıkışı fetüsün ve annenin yaşadığı risklere odaklansa da zamanla kültürde var olan fizyolojik bir durumu patolojik hale getirme algısını yerleştirmiştir. Tıbbileştirmenin faydaları kabul edilsede sağlık profesyonelleri arasında fazla ileri gidilmiş olabileceğine dair endişeleri de artırmaktadır (Benyamini ve ark., 2017; Clesse ve ark., 2018). Çünkü doğum sadece fiziksel bir varlık değil aynı zamanda sosyal, psikolojik, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (Dixon ve ark., 2014).

Kadınların kendi bakımlarıyla ilgili kararlara katılımının ve doğum tercihleri ile değerlerinin dikkate alınmasının önemi, yüksek kaliteli doğum bakımı sağlanmasının ayrılmaz bir parçası olarak giderek daha fazla kabul edilmektedir. Sonuçları belirsiz olan bakım seçeneklerinde gebelerin tedavi kararına dahil edilmesi, tercihlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Örneğin karar alma süreçlerinde aktif olmayan bazı kadınlar, dahil olmayı istedikleri için bunu olumsuz algılayabilirken, doğum kararlarının sağlık profesyoneli tarafından verilmesi gerektiğine inanan kadınlar bunu olumlu algılayabilmektedirler (Berger ve ark., 2015). Gebelerin karar verme algılarını etkilemesi muhtemel olduğundan doğum inançlarının da dikkate alınması ebelik değerleri için önemlidir (Coates ve ark., 2021).

2.6. Doğuma Hazır Oluş

Gebelik dönemi fetüsün varlığı öğrenildiği andan itibaren nasıl dünyaya geleceği konusunda anne adayının ve ailesinin araştırdığı bir dönemdir. Batı ülkelerinde genelde

kadınlar gebelikten önce ya da ilk trimesterlarında nasıl doğum yapacaklarına karar vermiş olurlar. Kadınların doğum yerine ve yöntemine, doğum değerleri ve inançlarının temelinde karar vermektedirler (Murray-Davis ve ark., 2014). Kadınların doğum kararından sonra kendilerini doğuma psikolojik ve fiziksel yönden hazır olmasına hazır oluşluk denilmektedir (Mete ve ark., 2017).

Gebelerin kendini doğuma psikolojik ve fizyolojik olarak hazır hissetmesi hem gebelik boyunca hem de doğum için önemli bir etkidir. Gebelerin doğuma yeterince iyi hazırlanması gebelik süresinin tamamında ve doğum gerçekleşirken kendini iyi ve güçlü hissetmesini sağlayacaktır. Doğumuna hazır olmuş kadın, gebelik sürecinin de doğum sürecinin de farkında olur ve kendi bedeni üzerinde kontrol sahibi olur (Şahin Büyük 2017, s.33).

Yapılan çalışmada gebelik sağlığı ve doğum sonuçlarında kadınlar için en önemli olanın olumlu doğum deneyimi olduğu gösterilmiştir. Bu sonuca katkıda bulunan temel faktörlerin; kadının bakımının merkezinde olması ve doğum süreçlerinin belirlenmesinde temel kararlara dahil olması aynı zamanda da güvenli empatik bir ortamda mahremiyetini ve kendi kontrolünü koruması yer almaktadır (Finlayson ve ark., 2020). Doğuma hazırlık eğitimleri bu noktada kadınların kendilerine baş etme becerileri kazandıran, kendi stratejilerini öğrenmelerini sağlayan, yeteneklerine olan güvenlerini artıran, kendi kararlarını vermelerinde destekleyici bilgileri sağlayan eğitimler ile kadının doğuma fizyolojik ve psikolojik hazırlığını desteklemektedir (Leutenegger ve ark., 2022).

Kadınlar kendileri üzerindeki karar alırken, çocuk sahibi olmak gibi, geniş kapsamlı sonuçlar doğuracak bir kararla karşı karşıya kaldıklarında bakım sağlayıcısından destek ve tavsiye alma ihtiyacı hissedebilirler. Gebe ile bakım sağlayıcısı arasında güven ve anlayışa dayalı saygılı bir ilişki, doğum bakımı ve perinatal dönemde kadının güçlenmesi için esastır. Bu ilişki, kadının kendi bakımına aktif olarak katılmasını

sağlar, öz bakımını geliştirir ve kendi bilinçli kararlarını vermesini destekler. (Nieuwenhuijze, 2019). Tüm bu bileşenler göz önüne alındığında doğuma hazırlık süreci anne ve bebek sağlığı için elzemdir. Ebe, gebeyi doğum sürecine hazırlarken kadının doğum inançlarını da göz önünde bulundurmalıdır. Doğumun doğal süreç olduğuna inanan, perinatal süreç boyunca güçlendirilmiş gebe ile artan sezaryen doğum oranlarının önüne geçilebilir ve olumlu doğum hikayelerine katkılar sağlanabilir.

2.7. Gebelerin Doğum İnancı ve Doğuma Hazır Oluşları Arasındaki İlişki

Gebelik ve doğum kadınların en önemli deneyimleri arasındadır. Bir kadının doğum deneyimi, gelecekteki üremeyi etkileme potansiyeline sahiptir ve doğumun önemli bir sonucudur. Gebelik, fiziksel değişiklikler, psikolojik stres ve değişen roller gibi önemli zorluklara yol açar. Ayrıca doğumun fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve kültürel boyutları da bulunmaktadır (Khaled ve ark., 2020). Kadınların gebelik ve doğum sırasındaki sağlığı, uluslararası alanda toplum sağlığının temel taşı olarak kabul edilmektedir (World Health Organization, 2015). Doğum deneyimini iyileştirmek için doğum planlamaları ve doğumda yaşanacaklara hazırlıklı olmak başarılı stratejiler olarak belirlenmiştir ancak mevcut çalışmalar kadınların doğuma hazır oluşlarının doğum inançları ile olan ilişkisini bilgilerle bağlamsallaştırma konusunda büyük ölçüde başarısız olmaktadır (Taheri ve ark., 2018).

Ebe ve kadın doğum uzmanlarının doğum yapan kadınların duygusal ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için doğumun duygusal yönlerini derinlemesine anlamaları gerekmektedir. Olumlu bir doğum deneyimini kolaylaştıran faktörler arasında doğum sırasında kadının kontrol hissine sahip olması, bakım ve desteğe aktif katılım sağlaması yer almaktadır. Doğumun psikolojik boyutuna ilişkin bu bilgi eksikliği, doğum sürecinin yanlış yönetilmesine yol açabilmektedir. En uç durumda doğum psikolojisinin anlaşılması, travmatik bir doğuma neden olabilir ve fiziksel

olarak sağlıklı anne ve yenidoğan ile sonuçlansa bile kadın için yıkıcı bir deneyim olabilmektedir (Olza ve ark., 2018).

İnançlar, kadınların doğuma ilişkin algılarında ve doğum tercihlerinde temel faktörler olarak ortaya çıktığı için bunların kökenlerinin ortaya çıkarılması önem taşımaktadır. Temel doğum inançları, doğum sürecinin fiziksel doğasına genel bir bakış olarak tanımlanır. Doğum inançları, doğumun ne olduğu ve nasıl yönetilmesi gerektiği konusunda fikir verir (Preis, Chen, ve ark., 2018). Bu nedenle kadının inançlarının değerlendirilmesi, doğumu algılama yollarının iyi anlaşılması kadını doğuma hazırlamaya yardımcı olmakta böylece gebeler doğuma daha iyi hazırlanmaktadır. Doğuma hazır bir gebenin de psikolojik olarak olumlu bir fizyolojik doğum yaşama olasılıkları daha yüksek olmaktadır.

2.8. Gebelerin Doğum İnançları ve Doğuma Hazır Oluşlarında Ebenin Rolü

Kadınların doğum sürecinin doğasına ilişkin temel inançları, onların doğuma ilişkin algılarını oluşturan ve doğum tercihlerini etkileyen temellerdir (Preis ve ark., 2018). Olumlu bir doğum deneyimi için gebelerin doğumun doğal ve güvenli olduğuna inanmaları ile tıbbi ve tehlikeli olduğuna inanmaları bakım sağlayıcıları tarafından değerlendirilmelidir. Doğumdaki olumsuz bir deneyim, travma sonrası stres bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde bozulma, anne-bebek döneminde bağlanma sorunları, emzirme oranlarında azalma, doğum korkusu ve gelecekte elektif sezaryen isteği ile sonuçlanabilmektedir (Nilsson ve ark., 2012; Turkstra ve ark., 2015).

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumlulukları olan ebe ve kadın sağlığı uzmanlarının doğum korkusunu azaltmada ve gidermede de sorumlulukları bulunmaktadır. Ebe ve kadın sağlığı uzmanları tarafından doğum korkularını etkileyen faktörlerin bilinmesi intrapartum bakımın niteliğini de olumlu etkilemektedir. Ayrıca bilinçli seçimler yapmak için bilgiye ve danışmana erişimi olan

kadınların sezaryeni tercih etme veya talep etme olasılığının daha düşük olduğunu ortaya koyan bir dizi çalışmayla tutarlıdır (Stoll ve ark., 2017).

Fizyolojik olarak doğum yapmak, güçlenme duygusu yaratan yoğun ve dönüştürücü bir psikolojik deneyimdir. Kadınların fiziksel, duygusal ve sosyal destekleri, doğum yapabileceklerine olan inançlarının artırılması ve gerekmedikçe fizyolojisinin bozulmaması bu sürecin faydalarını en üst düzeye çıkarabilir. Sağlık profesyonellerinin, fizyolojik doğumun psikolojik deneyiminin güçlendirici etkilerinin bilincinde olmaları gerekir (Nieuwenhuijze, 2019).

Kadınların karar alma süreçlerinde etkisi olduğu bilinen doğum inançlarının doğuma hazır oluşluğa etkisi bilinmemektedir. Dolayısıyla gebelere bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından kadınların gebelik süreci ve doğuma ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması, doğuma hazırlık kursuna katılımlarının desteklenmesi, ebelerin kadınların gereksinimlerine yönelik bakım ve eğitim vermeleri önerilmektedir. Doğum öncesi zorunlu yaptırılan laboratuvar testleri gibi doğum öncesi eğitimlerin de çevrimiçi ya da yüz yüze zorunlu hâle getirilmesine ilişkin çalışmalar yapılmalı ve gebe okullarına katılım artırılmalıdır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Ekim 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran gönüllü ve araştırma kriterlerini karşılayan gebeler ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini Ekim 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kadın doğum polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur.

Araştırmadaki gerekli olan minimum örneklem büyüklüğünün hesabı için Gpower analizi yapılmıştır. Yapılan analize göre 1000 gebe (500 primipar ve 500 multipar) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. En az ilkokul mezunu olma,
2. 20 yaş ve üzerinde olma (Taşkın 2016, s.5)
3. Spontan gebe kalma,
4. İletişime açık olma,
5. İkinci ve üçüncü trimesterde gebe olma,
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
7. Psikososyal açıdan sağlıklı olma.

Araştırmaya Alınmama Kriterleri

1. Tanılanmış psikiyatrik bozukluğu olanlar,
2. Tedavi gebeliği olanlar,
3. Riskli gebeliği olanlar.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Ekim 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze gebeler ile görüşülerek toplanmıştır. Gebelerin her biri ile görüşmek, Kişisel Bilgi Formu ve “Doğum İnançları Ölçeği” ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği alt boyutu olan Doğuma Hazır Oluş ölçeklerinin doldurulması yaklaşık olarak 15- 20 dakika kadar zaman almıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” (EK-4), “Doğum İnançları Ölçeği” (EK-5) ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği alt boyutu olan Doğuma Hazır Oluş Ölçeği” (EK-6) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Araştırmacılar tarafından literatür eşliğinde hazırlanan form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirleyen soruları içermektedir (Ahsun S., 2018; Beydağ, 2010; Lederman vd., 1979; Preis, Chen, vd., 2018).

3.5.2. Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ) (EK-5)

Ölçek, kadınların doğum hakkındaki temel inançlarını değerlendirmek amacı ile Preis ve Benyamini tarafından geliştirilmiştir (Preis, 2017). Doğum İnançları Ölçeği iki alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan biri “doğumun doğal süreç” olduğunu diğeri ise “doğumun tıbbi süreç” olduğunu değerlendirmektedir. Ölçek, doğal süreç inancına yönelik 5 madde (3., 5., 7., 8. ve 11.) ve tıbbi süreç inancına yönelik 6 maddeyi (1., 2., 4., 6., 9. ve 10.) karışık sıra ile içine alan toplamda 11 maddeden oluşan beşli likert tipte bir ölçektir. Doğal süreç alt boyutu için alınabilecek minimum puan 5, maksimum puan ise 25'tir. Tıbbi süreç alt boyutu için ise alınabilecek minimum puan 6, maksimum puan 30'dur. Hem tıbbi hem doğal süreç alt boyutlarına yönelik maddelerin toplamdaki puanlarının kendilerine ait madde sayısına bölünmesi ile aritmetik ortalamaları

hesaplanmaktadır. Bu hesaplama sonucunda rakamsal olarak yüksek değere sahip alt boyut gebenin doğum inancını oluşturmaktadır. DİÖ'nde her iki alt boyutunda aritmetik ortalaması kendi içerisinde değerlendirilmektedir ve ters madde söz konusu değildir. Ölçeğin özgün hali İngilizcedir. α güvenilirlik kat sayısı 0,70-0,82 arasında değişmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Parker ve Ertem tarafından yapılmıştır. Ölçeğin α güvenilirlik kat sayısı doğal süreç alt boyut için 0,890, tıbbi süreç alt boyut için 0,868 hesaplanmıştır. (Paker, 2022). Bu çalışmada ise α güvenilirlik kat sayısı doğal süreç alt boyut için 0,70, tıbbi süreç alt boyut için 0,72 olarak saptanmıştır.

3.5.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği-Doğuma Hazır Oluş Alt Boyutu (EK-6)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Lederman ve ark. tarafından 1979 yılında prenatal süreçte kadınların anneliğe uyumlarının değerlendirilebilmesi amacı ile geliştirilmiştir (Lederman ve ark., 1979). Ölçek, 4'lü likert tipinde olup (4: "Çok fazla tanımlıyor", 3: "Kısmen tanımlıyor", 2: "Biraz tanımlıyor", 1: "Hiç tanımlamıyor") toplam 79 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, 2008 yılında Türkçe Geçerliliği ve Güvenirliği Taşçı Beydağ ve Mete tarafından yapılmıştır. Ölçek, "gebeliğin kabulü", "annelik rolünün kabulü", "kendi annesi ile ilişkisinin durumu", "eşi ile ilişkisinin durumu", "doğuma hazır oluş", "doğum korkusu", "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" alt boyutlarından oluşmakta ve her alt boyut 10-15 madde içermektedir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinde ters puanlaması olan maddeler mevcuttur. Bu tezde, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin "**Doğuma Hazır Oluş**" alt boyutu kullanılmıştır. Doğuma hazır oluş alt boyutu toplamda 10 maddeden oluşmakta ve alınacak minimum puan 10, maksimum puan ise 40'tır. Doğuma hazır oluş alt boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,72 olarak belirtilmiştir. Gebelerin DHO ölçeğinden (DHOÖ) aldıkları toplam puan azaldıkça, doğum korkuları da azalmakta ve doğuma hazır oluşları

artmaktadır (Beydağ, 2010). Bu araştırmada ise Cronbach Alfa değeri 0,63 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada edinilen bulgularda SPSS 22.0 istatistik programından faydalanılmıştır. Sayı, yüzde, ortalama, parametrik (t-testi ve One-Way ANOVA), non parametrik testler (Kruskal Wallis) ve Pearson korelasyon analizi kullanılarak veriler hesaplanmıştır. Elde edilen bulgularda p değeri<0.05 istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yalnızca sağlık koşulları uygun gebeler ile yapılması, tek bir merkezi olması, yabancı uyruklu gebelerin araştırmada yer almaması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu sebeple araştırma sonuçları yalnızca araştırmaya dahil olan gebeler için genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesinde, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Etik Kurulu'ndan (B.30.2.ATA.0.01.00/117 sayılı) (EK-2) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alınmıştır (EK-3).

Araştırma koşullarını sağlayan ve araştırmaya dahil olmak isteyen gebeler araştırma hakkında bilgilendirilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya dahil olup olmama hususunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya dahil olan gebelerin kişisel verilerinin saklanacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Çalışmada özlük haklarının korunup güvence altına alınması gerekliliğinden dolayı çalışma boyunca İnsan Hakları Helsinki Bildirisi'ne uyulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı

Özellikler (s:1000)	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
20-25 yaş	341	34.1
26-30 yaş	344	34.4
30-35 yaş	251	25.1
36 yaş ve üzeri	64	6.4
Eğitim Durumu		
İlkokul	155	15.5
Ortaokul	229	22.9
Lise	374	37.4
Üniversite	242	24.2
Çalışma durumu		
Çalışan	208	20.8
Çalışmayan	792	79.2
Yaşanılan yer		
İl	894	89.4
İlçe	79	7.9
Köy	27	2.7
Gebelik haftası		
14.- 26. haftalar arası	500	50.0
27.- 40. haftalar arası	500	50.0
Gebelik sayısı		
1	500	50.0
2	279	27.9
3	135	13.5
4	86	8.6
İsteyerek gebe kalma durumu		
İsteyerek	814	81.4
İstemiyerek	186	18.6
Gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu		
Yaptıran	914	91.4
Yaptırmayan	86	8.6
Takiplerin yapıldığı yer		
ASM	18	1.8
Devlet Hastanesi	394	39.4
Özel Hastane	6	0.6
Üniversite Hastanesi	11	1.1
Birden fazla seçenek işaretleyen	571	57.1

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellikler (s:1000)	Sayı	Yüzde
Gebelerin istediği doğum şekli		
Normal Doğum	676	67.6
Sezaryen Doğum	324	32.4
Normal doğumu isteme nedeni (s 676)		
Erken ayağa kalkma	128	18.9
Daha sağlıklı olması	364	53.9
Bebeğe daha iyi bakım vermek	28	4.1
Diğer	156	23.1
Sezaryen doğumu isteme nedeni (s 324)		
Tarihin belli olması	31	9.6
Normal doğumdan korkma	104	32.1
Tüp ligasyonu istemi	18	5.5
Diğer	171	52.8
Olumsuz vajinal doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu		
Tanıyorum	199	19.9
Tanımıyorum	801	80.1
Olumsuz sezaryen doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu		
Tanıyorum	314	31.4
Tanımıyorum	686	68.6
Doğum şekli tercihinizde etkili olan neden		
Kişisel tercih	462	46.2
Eş	10	1.0
Aile yakınlarının tavsiyesi	3	0.3
Ebeniz	4	0.4
Doktorunuz	63	6.3
Birden fazla seçenek işaretleyen	458	45.8

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Çalışma kapsamına 500 primipar, 500 multipar olmak üzere 1000 gebe alınmıştır. Gebelerin %34.4’ü 26-30 yaş aralığında, %37.4’ü lise mezunu, %79.2’si çalışmıyor, %89.4’ü ilde yaşıyor, %81.4’ü isteyerek gebe kalmış, %91.4’ü düzenli kontrollerini yaptırmaktadır. Gebelerin %50’si gebeliğinin ikinci trimesterında, %50’si üçüncü trimesterındadır. Gebelerin %67.6’sı normal doğum istemektedirler. Normal doğum isteyen gebelerin %53.9’u normal doğumu daha sağlıklı olduğu için isterken, sezaryen doğum isteyen gebelerin %32.1’i vajinal doğumdan korktuğu için sezaryen

istemektedir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin %80.1'i olumsuz vajinal doğum deneyimi yaşayan kadın tanımamazken, %68.6'sı olumsuz sezaryen doğum deneyimi yaşayan bir kadın tanımaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin %46.2 doğum şekli tercihine kendileri karar vermiştir.

Tablo 4.2. Gebelerin DİÖ ve DHO ölçeklerinden aldıkları minimum, maksimum puan ve puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler	Min	Mak.	Puan Ortalaması±SS
DİÖ Alt	1.50	5.00	3.77±0.76
Boyutları	2.20	5.00	4.28±0.62
Doğum İnançları Toplam	2.18	5.00	4.00±0.48
Doğuma Hazır Oluş	15.00	40.00	31.59±4.58

Gebelerin DİÖ ve DHO ölçeklerinden aldıkları minimum, maksimum puan ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur. Gebeler tıbbi süreç alt boyutundan 3.77±0.76, doğal süreç alt boyutundan 4.28±0.62 ve DİÖ toplam puanı 4.00±0.48 olarak belirlenmiştir. Doğuma Hazır Oluş ölçeği toplam puan ortalaması 31.59±4.58 olarak bulunmuştur.

Gebelerin DİÖ ve DHO ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Gebelerin DİÖ ve DHOÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler		DHOÖ
Tıbbi Süreç İnanıcı	r	-0.16
	p	0.060
Doğal Süreç İnanıcı	r	0.312**
	p	0.000
Doğum İnançları Toplam	r	0.170**
	p	0.000

**Korelasyon $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Gebelerin doğum inançları ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile doğuma hazır oluş toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelerin doğum inançları ölçeği doğal süreç alt boyutu ve toplam puan ortalaması doğuma hazır oluş arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin doğal doğum inancı arttıkça doğuma hazır oluşu artmaktadır.

Tablo 4.4. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DİÖ doğal süreç ve DİÖ tıbbi süreç inançlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Doğal Süreç		Tıbbi Süreç	
	Ort±SS	Testve p değeri	Ort±SS	Test ve p değeri
Yaş Grupları				
20-25 yaş	4.31±0.64	F=0.75	3.69±0.67	
26-30 yaş	4.25±0.62	P=0.52	3.73±0.69	F= 5.60
30-35 yaş	4.26±0.61		3.93±0.92	p=0.001
36 yaş ve üzeri	4.35±0.57		3.86±0.72	
Eğitim Durumu				
İlkokul	4.28±0.67	F=3.90	3.72±0.63	F=1.27
Ortaokul	4.33±0.59	p=0.009	3.72±0.62	p=0.28
Lise	4.32±0.57		3.83±0.84	
Üniversite	4.16±0.68		3.77±0.81	
Çalışma Durumu				
Çalışan	4.25±0.64	t=0.81	3.95±1.00	t=3.68
Çalışmayan	4.29±0.62	p=0.41	3.73±0.67	p=0.0001
Yaşanılan Yer				
İl	4.27±0.62	t=1.62	3.76±0.68	t=2.01
İlçe	4.39±0.57	p=0.10	3.94±1.28	p=0.04
Köy	4.30±0.73		3.80±1.00	
Gebelik Haftası				
14.-26. Haftalar arası	4.30±0.62	t=0.85	3.75±0.70	t=1.18
27.-40. Haftalar arası	4.26±0.63	p=0.39	3.80±0.81	p=0.23

Tablo 4.4. (Devamı)

Özellikler	Doğal Süreç		Tıbbi Süreç	
	Ort±SS	Test ve p değeri	Ort±SS	Test ve p değeri
Gebelik Sayısı				
1	4.27±0.62	F=0.91	3.77±0.84	F=2.37
2	4.26±0.65	p=0.43	3.86±0.69	p=0.06
3	4.30±0.67		3.71±0.60	
4	4.28±0.62		3.64±0.65	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu				
İsteyerek	4.29±0.61	t=1.33	3.76±0.77	t=1.54
İstemiyerek	4.22±0.67	p=0.18	3.85±0.67	p=0.12
Gebelik Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu				
Yaptıran	4.28±0.63	t=0.64	3.75±0.76	t=2.72
Yaptırmayan	4.24±0.62	p=0.52	3.99±0.67	p=0.007
Takiplerinin Yapıldığı Kurum				
ASM	4.32±0.43	KW=14.30	3.83±0.51	KW=35.04
Devlet Hastanesi	4.35±0.62	p=0.006	3.63±0.62	p=0.0001
Özel Hastane	4.50±0.41		3.47±1.06	
Üniversite Hastanesi	4.49±0.49		3.39±0.68	
Birden Fazla Seçenek	4.22±0.63		3.89±0.82	
Gebelerin İsteddiği Doğum Şekli				
Normal Doğum	4.37±0.59	t=7.01	3.63±0.75	t=8.86
Sezaryen Doğum	4.0±0.66	p=0.0001	4.07±0.69	p=0.0001
Normal Doğumu İsteme Nedeni (n=676)				
Erken ayağa kalkma	4.32±0.59		3.66±0.61	
Daha sağlıklı olması	4.41±0.56		3.64±0.65	
Bebeğe daha iyi bakım vermek	4.45±0.45	KW=50.23	3.55±0.68	KW=106.94
Diğer	4.32±0.65	p=0.0001	3.60±1.02	p=0.0001

Tablo 4.4. (Devamı)

Özellikler	Doğal Süreç		Tıbbi Süreç	
	Ort±SS	Test ve p değeri	Ort±SS	Test ve p değeri
Sezaryen Doğumu İsteme Nedeni				
Tarihin belli olması	4.14±0.58		4.24±0.57	
Normal doğumdan korkma	3.94±0.74	KW=55.74 p=0.0001	4.07±0.69	KW=108.50 p=0.0001
Tüp ligasyonu istemi	3.96±0.52		3.87±0.52	
Diğer	4.16±0.62		3.77±0.76	
Olumsuz Vajinal Doğum Deneyimi Yaşayan Kişi Tanıma Durumu				
Tanıyorum	4.05±0.69		3.97±0.73	
Tanımiyorum	4.34±0.59	t=5.18 p=0.0001	3.72±0.76	t=4.09 p=0.0001
Olumsuz Sezaryen Doğum Deneyimi Yaşayan Kişi Tanıma Durumu				
Tanıyorum	4.18±0.66	t=3.49 p=0.001	3.66±0.69	t=3.22 p=0.001
Tanımiyorum	4.33±0.60		3.82±0.78	
Doğum Şekli Tercihinizde Etkili Olan Neden				
Kişisel tercih	4.36±0.64	KW=5.08 p=0.07	3.62±0.66	KW=8.46 p=0.01
Eş	4.24±0.50		3.98±0.32	
Aile yakınlarının tavsiyesi	4.73±0.46		4.05±1.35	
Ebeniz	3.80±0.67		3.75±0.51	
Doktorunuz	4.22±0.65		3.79±0.75	
Birden fazla seçenek işaretleyen	4.21±0.60		3.92±0.82	

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DiÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Gebelerin yaş grupları doğal süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; 20-25 yaş arası gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması

4.31±0.64, 26-30 yaş arası gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.25±0.62, 30-35 yaş arası gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.26±0.61, 36 yaş ve üzeri gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.35±0.57 olarak hesaplanmıştır. Yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.52, Tablo 4.4).

Gebelerin yaş grupları tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; 20-25 yaş arası gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.69±0.67, 26-30 yaş arası gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.73±0.69, 30-35 yaş arası gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.93±0.92, 36 yaş ve üzeri gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.86±0.72 olarak hesaplanmıştır yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.001, Tablo 4.4).

Gebelerin eğitim durumu ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.28±0.67, ortaokul mezunu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.33±0.59, lise mezunu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.32±0.57, üniversite mezunu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.16±0.68 olarak hesaplanmıştır. Eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.009, Tablo 4.4).

Gebelerin eğitim durumu ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 4.28±0.67, ortaokul mezunu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 4.33±0.59, lise mezunu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 4.32±0.57, üniversite mezunu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 4.16±0.68 olarak hesaplanmıştır.

Eğitim düzeyleri arasındaki farkın istatiksels olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.28, Tablo 4.4).

Gebelerin alışma durumu ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.25 ± 0.64 , çalışmayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.29 ± 0.62 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin doğal süreç alt boyutu ile çalışma durumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır (p=0.41, Tablo 4.4).

Gebelerin alışma durumu tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; çalışan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.95 ± 1.00 , çalışmayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.73 ± 0.67 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin alışma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.0001, Tablo 4.4).

Gebelerin yaşadıkları yerler ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; ilde yaşayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.27 ± 0.62 , ilçede yaşayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.39 ± 0.57 , köyde yaşayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.30 ± 0.73 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin yaşadıkları yerler arasındaki farkın istatiksels olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p=0.10, Tablo 4.4).

Gebelerin yaşadıkları yer ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; ilde yaşayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.76 ± 0.68 , ilçede yaşayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.94 ± 1.28 , köyde yaşayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.80 ± 1.00 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin yaşadıkları yerler arasındaki farkın istatiksels olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.04, Tablo 4.4).

Gebelerin gebelik haftaları doğal süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; 14-26. haftalardaki gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.30 ± 0.62 , 27.-40. haftalardaki gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.26 ± 0.63 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin trimesterları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0.39$, Tablo 4.4).

Gebelerin gebelik haftaları tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; 14-26. haftalardaki gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.75 ± 0.84 , 27.-40. haftalardaki gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.80 ± 0.81 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin trimesterları arasındaki fark tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.23$, Tablo 4.4).

Gebelerin gebelik sayıları ile doğal süreç alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde; ilk gebeliği olan kadınların doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.27 ± 0.62 , ikinci gebeliği olan kadınların doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.26 ± 0.65 , üçüncü gebeliği olan kadınların doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.30 ± 0.67 , dördüncü gebeliği olan kadınların doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.28 ± 0.62 olarak hesaplanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.43$, Tablo 4.4).

Gebelerin gebelik sayıları ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde; ilk gebeliğin olan kadınların tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.77 ± 0.84 , ikinci gebeliği olan kadınların tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.86 ± 0.69 , üçüncü gebeliği olan kadınların tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.71 ± 0.60 , dördüncü gebeliği olan kadınların tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.64 ± 0.65 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0.06$, Tablo 4.4).

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumları ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında isteyerek gebe kalanların doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.29 ± 0.61 , isteyerek gebe kalmayanların 4.22 ± 0.67 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p=0.18$, Tablo 4.4).

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumları tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında isteyerek gebe kalanların tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.76 ± 0.77 , isteyerek gebe kalmayanların 3.85 ± 0.67 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p=0.12$, Tablo 4.4).

Gebelik kontrollerini düzenli yaptıran ve yaptırmayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; düzenli kontrol yaptıran gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.28 ± 0.63 , düzenli kontrol yaptırmayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.24 ± 0.62 olarak hesaplanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.52$, Tablo 4.4).

Gebelik kontrollerini düzenli yaptıran ve yaptırmayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; düzenli kontrol yaptıran gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.75 ± 0.76 , düzenli kontrol yaptırmayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.99 ± 0.67 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.007$, Tablo 4.4).

Gebelerin takiplerinin yapıldığı yerler ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrollerini aile sağlığı merkezinde yaptıran gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.32 ± 0.43 , kontrollerini devlet hastanesinde yaptıran gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.35 ± 0.62 , kontrollerini özel hastanede yaptıran gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.50 ± 0.41 , kontrollerini üniversite hastanesinde yaptıran gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.49 ± 0.49 , birden fazla seçenek işaretleyen gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.22 ± 0.63

olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.06$, Tablo 4.4).

Gebelerin takiplerinin yapıldığı yerler tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; kontrollerini aile sağlığı merkezinde yaptıran gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.83 ± 0.51 , kontrollerini devlet hastanesinde yaptıran gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.63 ± 0.62 , kontrollerini özel hastanede yaptıran gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.47 ± 1.06 , kontrollerini üniversite hastanesinde yaptıran gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.39 ± 0.68 , birden fazla seçenek işaretleyen gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.89 ± 0.82 olduğu ve takiplerinin yapıldığı yer açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin istedikleri doğum şekli ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; normal doğum isteyen gebelerin puan ortalaması 4.37 ± 0.59 , sezaryen doğum isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.00 ± 0.66 olarak bulunmuş ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin istedikleri doğum şekli ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; normal doğum isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.63 ± 0.75 , sezaryen doğum isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 4.07 ± 0.69 olduğu ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin normal doğum isteme nedenleri ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; erken ayağa kalkma nedeniye normal doğum isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.32 ± 0.59 , daha sağlıklı olduğu için isteyen gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.41 ± 0.56 , bebeğe daha iyi bakım vermek için isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.45 ± 0.45 , diğer nedenlerden isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.32 ± 0.65 olarak hesaplanmış ve normal

doğum isteme nedenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin normal doğum isteme nedenleri ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erken ayağa kalkma nedeniye normal doğum isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.66 ± 0.61 , daha sağlıklı olduğu için isteyen tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.64 ± 0.65 , bebeğe daha iyi bakım vermek için isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.55 ± 0.68 , diğer nedenlerden isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.60 ± 1.02 olduğu ve normal doğumu isteme nedenleri gruplarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin sezaryen doğumu isteme nedenleri ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tarihin belli olması nedeniye sezaryen doğum isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.14 ± 0.58 , normal doğumdan korktuğu isteyen gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 3.94 ± 0.74 , tüp ligasyonu istemi için isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 3.96 ± 0.74 , diğer nedenlerden sezaryen doğum isteyen gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.16 ± 0.62 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin sezaryen doğumu isteme nedenleri ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tarihin belli olması nedeniye sezaryen doğum isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 4.24 ± 0.57 , normal doğumdan korktuğu için sezaryen doğum isteyen tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 4.07 ± 0.69 , tüp ligasyonu istemi için isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.87 ± 0.52 , diğer nedenlerden isteyen gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.77 ± 0.76 bulunmuştur. Gebelerin sezaryen doğumu isteme nedenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin olumsuz vajinal doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; olumsuz vajinal doğum deneyim

yaşayan bir kişiyi tanıyan gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.05 ± 0.69 , tanımayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.34 ± 0.59 olarak hesaplanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin olumsuz vajinal doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; olumsuz vajinal doğum deneyim yaşayan bir kişiyi tanıyan gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.97 ± 0.73 , tanımayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.72 ± 0.76 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.0001$, Tablo 4.4).

Gebelerin olumsuz sezaryen doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları değerlendirildiğinde; olumsuz sezaryen doğum deneyim yaşayan bir kişiyi tanıyan gebelerin doğal süreç puan ortalaması 4.18 ± 0.66 , tanımayan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.33 ± 0.60 olarak hesaplanmıştır ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$, Tablo 4.4).

Gebelerin olumsuz sezaryen doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları değerlendirildiğinde; olumsuz sezaryen doğum deneyim yaşayan bir kişiyi tanıyan gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.66 ± 0.69 , tanımayan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.82 ± 0.78 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$, Tablo 4.4).

Gebelerin doğum şekli tercihlerinde etkili olan nedenler ile doğal süreç alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde, kişisel tercihi olan gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.36 ± 0.64 , eşinin tercihinde etkili olduğu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.24 ± 0.50 , aile yakınlarının tercihinde etkili olduğu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.73 ± 0.46 , ebesinin tercihinde etkili olduğu gebelerin doğal süreç puan ortalaması 3.80 ± 0.67 , doktorunun tercihinde etkili olduğu gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.22 ± 0.65 , birden fazla seçeneği seçen

gebelerin doğal süreç alt boyutu puan ortalaması 4.21 ± 0.60 olarak hesaplanmıştır ve gruplar arasında anlam oluşturacak fark saptanmamıştır ($p=0.07$, Tablo 4.4).

Gebelerin doğum şekli tercihlerinde etkili olan nedenler ile tıbbi süreç alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde, kişisel tercihi olan gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.62 ± 0.66 , eşinin tercihinde etkili olduğu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.98 ± 0.32 , aile yakınlarının tercihinde etkili olduğu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 4.05 ± 1.35 , ebesinin tercihinde etkili olduğu gebelerin tıbbi süreç puan ortalaması 3.75 ± 0.51 , doktorunun tercihinde etkili olduğu gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.79 ± 0.75 , birden fazla seçeneği seçen gebelerin tıbbi süreç alt boyutu puan ortalaması 3.92 ± 0.82 olarak hesaplanmıştır ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.01$, Tablo 4.4).

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DHO ölçüğü puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Gebelerin yaş grupları ile DHOÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; 20-25 yaş arası gebelerin DHOÖ süreç puan ortalaması 31.10 ± 4.59 , 26-30 yaş arası gebelerin puan ortalaması 31.26 ± 4.61 , 30-35 yaş arası gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.28 ± 4.50 , 36 yaş ve üzeri gebelerin DHOÖ puan ortalaması 33.26 ± 3.96 olarak bulunmuş olup yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.0001$, Tablo 4.5).

Gebelerin eğitim durumu ile DHOÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.05 ± 4.62 , ortaokul mezunu gebelerin puan ortalaması 32.23 ± 4.20 , lise mezunu gebelerin DHOÖ ortalaması 31.55 ± 4.59 , üniversite mezunu gebelerin DHOÖ puan ortalaması 30.75 ± 4.76 olarak hesaplanmıştır. Eğitim düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.003$, Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DHOÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	DHOÖ $\bar{X} \pm SS$	Test ve p değeri
Yaş Grupları		
20-25 yaş	31.10±4.59	F=6.71
26-30 yaş	31.26±4.61	p=0.0001
30-35 yaş	32.28±4.50	
36 yaş ve üzeri	33.26±3.96	
Eğitim Durumu		
İlkokul	32.05±4.62	F=4.79
Ortaokul	32.23±4.20	p=0.003
Lise	31.55±4.59	
Üniversite	30.75±4.76	
Çalışma Durumu		
Çalışan	32.06±4.73	t=1.65
Çalışmayan	31.47±4.53	p=0.09
Yaşanılan yer		
İl	31.45±4.61	t=2.23
İlçe	32.65±4.12	p=0.02
Gebelik Haftası		
14.- 26. haftalar arası	31.29±4.65	t=2.06
27.- 40. haftalar arası	31.89±4.48	p=0.03
Gebelik Sayısı		
1	30.48±4.58	F=24.74
2	32.75±4.02	p=0.0001
3	32.44±4.60	
4	33.66±4.24	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu		
İsteyerek	31.53±4.59	t=0.92
İstemiyerek	31.87±4.53	p=0.35
Gebelik Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu		
Yaptıran	31.54±4.56	t=1.03
Yaptırmayan	32.08±4.70	p=0.30
Takiplerin Yapıldığı Kurum		
ASM	28.94±4.86	KW=19.55
Devlet hastanesi	32.28±4.58	p=0.001
Üniversite hastanesi	32.83±4.57	
Birden fazla seçenek işaretleyen	31.72±6.94	

Tablo 4.5. (Devamı)

Özellikler	DHOÖ	Test ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	
Gebelerin İsteddiği Doğum Şekli		
Normal Doğum	32.00±4.43	t=4.10
Sezaryen Doğum	30.74±4.77	p=0.0001
Normal Doğumu İsteme Nedeni		
Erken ayağa kalkma	31.56±4.75	KW=23.27
Daha sağlıklı olması	32.37±4.33	p=0.0001
Bebeğe daha iyi bakım vermek	30.42±4.65	
Diğer	31.87±4.21	
Sezaryen Doğumu İsteme Nedeni		
Tarihin belli olması	29.38±4.71	KW=28.37
Normal doğumdan korkma	29.82±4.68	p=0.0001
Tüp ligasyonu istemi	31.66±4.20	
Diğer	31.28±4.82	
Olumsuz Vajinal Doğum Deneyimi Yaşayan Kişi Tanıma Durumu		
Tanıyorum	29.74±4.68	t=6.37
Tanımiyorum	32.03±4.45	p=0.0001
Olumsuz Sezaryen Doğum Deneyimi Yaşayan Kişi Tanıma Durumu		
Tanıyorum	31.03±4.52	t=2.57
Tanımiyorum	31.84±4.58	p=0.01
Doğum Şekli Tercihiniz Etkili Olan Neden		
Kişisel tercih	32.12±4.73	KW=1.50
Eş	30.53±4.46	p=0.47
Aile yakınlarının tavsiyesi	32.13±4.30	
Ebeniz	32.81±4.56	
Doktorunuz	32.28±4.58	
Birden fazla seçenek işaretleyen	31.00±4.39	

Gebelerin çalışma durumları ile DHOÖ puan ortalamaları incelendiğinde; çalışan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.06±4.73, çalışmayan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.47±4.53 olarak hesaplanmış ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.09, Tablo 4.5).

Gebelerin yaşadıkları yer ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilde yaşayan gebelerin puan ortalaması 31.45 ± 4.61 , ilçede yaşayan gebelerin puan ortalaması 32.65 ± 4.12 olduğu bulunmuş ve istatistiksel açıdan fark olduğu saptanmıştır ($p=0.02$, Tablo 4.5).

Gebelerin gebelik haftaları ile DHOÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; ikinci trimesterdaki gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.29 ± 4.65 , üçüncü trimesterdaki gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.89 ± 4.48 olarak hesaplanmış ve gruplar arası istatistiksel olarak fark olduğu bulunmuştur ($p=0.03$, Tablo 4.5).

Gebelerin gebelik sayıları ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; primiparların sayıları DHOÖ puan ortalaması 30.48 ± 4.58 , ikinci gebeliği olanların DHOÖ puan ortalaması 32.75 ± 4.02 , üçüncü gebeliği olanların DHOÖ puan ortalaması 32.44 ± 4.60 , dördüncü gebeliği olanların DHOÖ puan ortalaması 33.66 ± 4.24 bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.0001$, Tablo 4.5).

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumları ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; isteyerek gebe kalan kadınların DHOÖ puan ortalaması 31.53 ± 4.59 , gebelikleri istemli olmayan kadınların DHOÖ puan ortalaması 31.87 ± 4.53 olarak hesaplanmıştır. Gebeliği isteme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.35$, Tablo 4.5).

Gebelerin kontrollerini düzenli yaptırma durumu ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli kontrole giden gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.54 ± 4.56 , düzenli kontrole gitmeyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.08 ± 4.70 olarak bulunmuş, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.30$, Tablo 4.5).

Gebelerin takiplerinin yapıldığı yer ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aile sağlığı merkezini seçen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 28.94 ± 4.86 , devlet hastanesini seçen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.28 ± 4.58 , üniversite hastanesini seçen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.83 ± 4.57 , birden fazla seçenek işaretleyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.72 ± 6.94 olarak hesaplanmıştır. Takiplerin nerede yapıldığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.001$, Tablo 4.5).

Gebelerin istedikleri doğum şekli ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; normal doğumu isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.00 ± 4.43 , sezaryen doğum isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 30.74 ± 4.77 olarak hesaplanmıştır. Doğum tercihleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.5).

Gebelerin normal doğumu isteme nedenleri ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erken ayağa kalkmak amacıyla normal doğumu isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.56 ± 4.75 , normal doğumu daha sağlıklı olduğu için isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.37 ± 4.33 , bebeğe daha iyi bakım verebildikleri için normal doğumu isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 30.42 ± 4.65 ve bunlardan farklı nedenler bildiren gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.87 ± 4.21 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin normal doğumu isteme nedenleri arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.0001$, Tablo 4.5).

Gebelerin sezaryen doğumu isteme nedenleri ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sezaryen doğumun tarihinin belli olması nedeniyle isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 29.38 ± 4.71 , normal doğumdan korkması nedeniyle sezaryen isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 29.82 ± 4.68 , tüp ligasyon isteme nedeniyle sezaryen talep eden gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.66 ± 4.20 ve bunlardan farklı

nedenler bildiren gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.28 ± 4.82 olarak hesaplanmıştır. DHOÖ puan ortalamaları ile gebelerin sezaryen doğum isteme nedenleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.5).

Gebelerin olumsuz vajinal doğum yaşayan kişi tanıma durumu ile DHOÖ puan ortalamalarına bakıldığında tanıyan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 29.74 ± 4.68 , tanımayan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.03 ± 4.45 hesaplanmıştır; aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.0001$, Tablo 4.5).

Gebelerin olumsuz sezaryen doğum yaşayan kişi tanıma durumu ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında tanıyan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.03 ± 4.52 , tanımayan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.84 ± 4.58 bulunmuştur; grupların aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.01$, Tablo 4.5).

Gebelerin doğum şekli tercihinde etkili olan neden ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kişisel tercihi etkili olan gebelerin puan ortalaması 32.12 ± 4.73 , eş seçeneğini işaretleyen gebelerin puan ortalaması 30.53 ± 4.46 , aile yakınlarının tavsiyesi etkili olan gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.13 ± 4.30 , tercihinde ebelerinin etkili olduğu gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.81 ± 4.56 , doktorunun etkili olduğu gebelerin DHOÖ puan ortalaması 32.28 ± 4.58 , birden fazla seçenek işaretleyen gebelerin DHOÖ puan ortalaması 31.00 ± 4.39 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin doğum şekillerinde etkili olan nedenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0.47$, Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Gebelerin gebelerin doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmış çalışmanın bulguları literatür ile tartışılmıştır. Kadın yaşamının kadın için en değerli dönemlerinden birisi üreme yeteneğini kazandığı dönemdir. Kadınlar doğum eyleminin ne olduğunu ilk kez gebelikten önce kavramaya başlamaktadırlar. Bu kavramsallaştırmanın bir kısmı doğumun tıbbi ve doğal bir süreç olduğu yönündeki temel inançtır. Bu iki ayrı inanç, doğum ve doğumla ilgili karar verme süresince çok önemlidir (Preis, Chen, vd., 2018).

Gebelerin doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarının incelendiği bu çalışmada gebelerin DİÖ'den minimum toplam puanı 2.18 ve maksimum toplam puanın 5 olduğu saptanmıştır. Gebelerin "Doğum doğal bir olaydır" boyutu puan ortalamasının 4.28 ± 0.62 , "Doğum tıbbi bir olaydır" boyutu puan ortalamasının 3.77 ± 0.76 olduğu ve gebelerin doğuma yönelik doğal süreç inançlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin DİÖ toplam puan ortalaması 4.00 ± 0.48 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu bulguya paralel olarak Hollanda'da yapılan bir çalışmada gebelerin doğum öncesi dönemde doğal doğum inancı puan ortalamalarının tıbbi süreç inancı puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur; çalışmanın sonucunda gebelerin doğum sonu dönemde doğum inançları tekrar değerlendirilmiş ve inançları arasında anlamlı değişiklik bulunmamıştır (Vogels-Broeke vd., 2023).

Çalışmadaki korelasyon analizine göre gebelerin doğumun doğal olduğuna inanışları arttıkça doğuma hazır oluşları da arttığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Doğum korkusunun doğuma hazır oluşluğa etkisini inceleyen bir çalışmada doğum korkusu azaldıkça doğuma hazır oluş artmaktadır sonucu da bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir (Başgöl, 2023).

Araştırmaya katılan gebelerin yaş grupları ile doğum inançlarına bakıldığında 30-35 yaş grubu gebelerin tıbbi doğum inançlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.4). Preis ve ark.'ları yaptıkları çalışmada yaşın doğum inançları üzerinde etkili bir faktör olmadığını öne sürmüş olsa da (Preis, Chen, vd., 2018) literatürdeki başka bir çalışmada kadının yaşının doğum deneyimini ve algısını etkilediğini vurgulanmaktadır (Alp Yılmaz, 2020).

Gebelerin eğitim durumları ile doğal doğum inançları arasında fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4). Preis ve ark.'ları eğitim durumunun doğum inançlarını etkileyen bir faktör olduğunu bildirmiştir (Preis, Gozlan, vd., 2018). Çalışmada üniversite mezunu gebelerin doğal doğum inancı puan ortalaması diğerlerine göre daha düşüktür.

Düşük sosyoekonomik durum dünyada yetersiz doğum öncesi bakım ve beraberinde getirdiği olumsuz obstetrik öyküleri barındırmaktadır. Gelir düzeyi yükseldikçe kadınlar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmektedir (Kim vd., 2018). Araştırma, Sağlık Bakanlığı hastanesinde yapılmıştır ve araştırmaya katılan kadınların yaklaşık %21'i çalışmaktadır. Çalışan kadınlar arasında da tıbbi doğum inancı anlamlı şekilde yüksektir. Buna göre çalışan kadınların sezaryen doğumu tercih etmesi çalışmayan kadınlara göre daha olasıdır. Ancak yapılan çalışmalarda bu bulgudan farklı olarak çalışmayan kadınların tıbbi doğum inançlarının daha yüksek olduğu bulunmuş (Dinç, 2021), çalışmayan kadınların daha çok sezaryen doğumu tercih ettiği belirtilmiştir (Sanavi vd., 2012).

Gebelik kontrollerini düzenli yaptırmayan kadınlarda doğumun tıbbi olduğu inancının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Düzenli aralıklarda kontrollere gitmeyen gebeler gebe okulları, doğum öncesi danışmanlık gibi anne bebek dostu devlet hastanelerinde ücretsiz karşıladığı hizmetlerden de yararlanamamaktadırlar. Kadınların doğum inançları karar verme

algısında önemli rol aldığından sezaryen ile doğum yapmanın daha güçlendirici bir deneyim olup olmadığı, vajinal doğumun önemli bir yaşam deneyimi olup olmadığı, doğum kararının sağlık profesyonellerine mi devredilmesi gerektiği, yoksa kadınların kendi doğum kararını vermeleri konusunda desteklenip desteklenmemesi gerektiğine gebelik süresinde karar vermelidirler (Coates vd., 2021). Çalışmadaki gebelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmamak doğumun tıbbi olduğunu inanmalarına sebep olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin doğumdan önce planladıkları doğum şekilleri sorulduğunda doğumun kadını güçlendiren bir eylem olduğuna, kadın bedeninin doğuma uygun olduğuna, doğumun doğal olduğuna inanan kadınların doğum tercihinin vajinal doğum olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulguya paralel olarak ölçeğin geliştirildiği çalışma da doğumun doğal olduğuna inanan kadınlar normal doğumu tercih etmişlerdir (Preis, Chen, vd., 2018). Düşük müdahale oranları ve doğumun normalleşmesine vurgu yapmasıyla bilinen Hollanda'da yapılan çalışmada kadınların doğal doğum inancının daha güçlü olduğu bildirilmiştir (Vogels-Broeke vd., 2023).

Çalışmada sezaryen isteyen gebelerin tıbbi doğum inançlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür doğum inançlarının doğum tercihlerini etkileyen faktörlerden birisi olduğunu desteklemektedir (Stoll vd., 2016). Bu bulguya paralel olarak Paker ve Ertem tarafından yapılan çalışmada da planlanan doğum şekli ile doğum inançları doğrudan ilişkili bulunmuştur (Paker, 2022).

Normal doğumu isteyen gebelerden bebeğine daha iyi bakım vermek amacıyla normal doğumu isteyen gebelerin doğal doğum inançları anlamlı şekilde yüksektir. Sezaryen doğumu isteyen gebelerin ise tarihinin belli olması nedeniyle sezaryen doğumu isteyen gebelerin tıbbi doğum inançları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç literatürde belirtildiği gibi doğumun tıbbileştirildiği bir sistemde kadınların vajinal

doğumun doğal ama zor olduğu sezaryenin ise kolay ve konforlu olarak değerlendirmesi ile bağlantılı olarak değerlendirilebilmektedir. (Boz vd., 2016).

Olumsuz vajinal doğum yaşayan birini tanıyan gebelerin tıbbi doğum inancı anlamlı şekilde yüksekken tanımayan gebelerin doğal doğum inancı yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde olumsuz doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma durumu ile doğum inançları karşılaştırması çalışan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kadınların gebe iken hatta gebelikten de önce çevrelerinde, sosyal medyada duydukları olumlu veya olumsuz doğum hikayelerinden etkilendiklerini ortaya koyan çalışma mevcuttur (Miller, 2021).

Olumsuz sezaryen doğum yaşayan birini tanımayan gebelerin hem doğal doğum inançları hem de tıbbi doğum inançları yüksek hesaplanmıştır. Gebeler güvenli bir şekilde doğum yapmak adına hem doğumun doğal olduğu inancına hem tıbbi olduğu inancına aynı anda sahip olabilirler. Bebeğinin güvende olması için tıbbi bakıma güvenirken postpartum dönemde daha hızlı iyileşmek için doğal doğumu talep edebilmektedirler (Preis, Gozlan, vd., 2018).

Gebelerin istedikleri doğum şekillerinde etkili olan neden sorulduğunda aile yakınlarının tavsiyesi ile doğum şeklini planlayan gebelerin tıbbi doğum inançları istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu sonuç aile yakınlarının geçmiş doğum deneyimlerinden kadınların etkilendiğini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde doğum inancını etkileyen faktörler arasında doğum tercihinin kadınların sıklıkla kendi tercihi olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin prenatal bakımdaki primer amacı kadınları sezaryen doğumdan vazgeçirmek değil daha önemlisi gebeyi bilinçli bir karar vermeye teşvik etmek ve uygun tavsiyelerle desteklemek olmalıdır (Coxon vd., 2014). Ebeler, kadınların normal doğuma yönelik öz-yeterliliklerini geliştirmeli ve onları

bilgilendirmelidir. Böylece kadınların normal doğuma inanç ve eğilimleri artabilir (İbici Akça 2021, s.64).

Gebelerin çeşitli obstetrik ve demografik özelliklerinin de doğuma hazır oluşlarını etkilediği çalışmada incelenmiştir (Tablo 4.5). Yaş grupları ile gebelerin doğuma hazır oluşları incelendiğinde; 36 yaş ve üzeri gebelerin doğuma hazır oluş ölçeği puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. İleri anne yaşında doğum öncesi izlem ve doğum tercihi diğer yaş gruplarına göre farklı olabilmektedir çünkü yaşa bağlı gelişebilecek fetal ve maternal riskler artmaktadır (Walker, 2021). 20-25 yaş grubu gebelerin doğuma daha hazır olmalarının sebebi daha az riskin hazır oluşluğu etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Gebelerin, eğitim durumları ile doğuma hazır oluşları incelendiğinde lise ve üniversite mezunu gebelerin doğuma hazır oluş puanları diğer gruplardan düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç eğitim düzeyi arttıkça doğuma hazır oluşluk düzeylerinin arttığını düşündürmektedir. Çünkü ölçekten alınan puan düştükçe, doğum korkusu azalmakta ve doğuma hazır oluşluk artmaktadır (Beydağ, 2010).

Gebelerin yaşadıkları yer ile DHOÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olduğu saptanmıştır ($p=0.02$, Tablo 4.5). Bu fark ilde yaşayan gebelerin sağlık hizmeti sunum imkanlarının yeterli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin, çalışma durumları ile doğuma hazır oluşları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç gebenin bir işte çalışıp çalışmamasının doğuma hazır oluşlarını etkilemediğini düşündürmektedir. Çalışmaya dahil olan gebelerin büyük çoğunluğunun bir işte çalışmadığı için sonuç bu şekilde bulunmuş olabilir.

Gebelerin gebelik haftaları DHOÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; gebeliğinin üçüncü trimesterında olan gebeler ile ikinci trimesterdaki gebelere bakıldığında üçüncü trimesterdaki gebelerin doğuma hazır oluş puan ortalamaları biraz

yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.5). Üçüncü trimester doğumun yaklaşması ile gebede korku ve kaygının da arttığı bir dönemdir. Ancak yapılan bir çalışmada trimesterlere göre gebelerin hazır oluşları değerlendirilmiş ancak anlamlı bir sonuca varılamamıştır (Başgöl, 2023). Bu farklı sonuç çalışmaların yapıldığı toplumun kültürel özelliklerinden kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik sayıları ile doğuma hazır oluşları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Birinci gebeliği olan kadınların doğuma hazır oluşluk puanları daha düşük bulunmuştur ve bu bulgu ilk gebeliği olan gebelerin doğuma hazır oluşlarının iyi olduğunu göstermektedir. Çünkü ölçekten alınan puan düştükçe, doğum korkusu azalmakta ve doğuma hazır oluşluk artmaktadır (Beydağ, 2010). Ölçeğin uygulandığı diğer çalışmalarda parite ve doğuma hazır oluşluk arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Başgöl, 2023; Demirbaş, 2014).

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumları ve kontrollerini düzenli yaptırma durumu ile DHOÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Kadınların gebelikleri planlı ya da plansız olması onların kontrole gitme durumlarını etkilemeyeceğini düşündürmektedir. Çünkü her gebe gebelik süresinde en az birkaç kere kontrole gitmektedir. Araştırmaya dahil olan gebelerin çoğunluğu isteyerek gebe kalmış ve kontrollerine gittikleri için sonuç bu şekilde çıkmıştır.

Gebelerin takiplerinin yapıldığı yer ile DHOÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Aile sağlığı merkezinde takipleri yapılan gebelerin doğuma hazır oluş ölçeğinden aldıkları puan daha düşüktür. Gebelerin doğuma hazır oluş puanı artıkça da doğuma hazır olma durumu azalmaktadır (Beydağ, 2010). Bu bulgu aile sağlığı merkezinde gebelerin prenatal dönemde ebeler tarafından takip edilmesinden etkilendiğini düşündürmektedir.

Gebelerin istedikleri doğum şekli ile doğuma hazır oluşları değerlendirildiğinde normal doğum isteyen gebelerin ölçekten aldıkları puan daha yüksektir. Normal doğumu isteyen gebelerin puanları sezaryen doğumu isteyen gebelerden daha yüksektir. Bu bulgu sezaryen doğum isteyen gebelerin doğum tarihi belli olduğu için tercih eden gebelerin doğuma hazır oluşlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Gebelerin doğuma hazır oluş puanı artıkça da doğuma hazır olma durumu azalmaktadır (Beydağ, 2010).

Normal doğumu isteyen gebelerin isteme nedenleri ile DHOÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bebeğe daha iyi bakım vermek diyen gebelerin normal doğum için hazır oluş puanları diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Bebeğe daha iyi bakım vermek için gebelerin normal doğumu tercih edecek olmaları doğuma hazır oluşlarının iyi olduğunu göstermektedir. Gebelerin doğuma hazır oluş puanı artıkça da doğuma hazır olma durumu azalmaktadır (Beydağ, 2010).

Sezaryen isteyen gebelerin isteme nedenleri ile DHOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sezaryen doğumun tarihinin belli olması nedeniyle sezaryen doğumu isteyen gebelerin DHOÖ puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu sonuç belirlenen tarihte bebeklerine kavuşacakları için doğuma hazır olduklarını düşündürmektedir.

Olumsuz vajinal doğum deneyimi yaşayan birini tanımayan gebelerin doğuma hazır oluşları puanları daha yüksektir. Aynı zamanda olumsuz sezaryen doğum yaşayan birini tanımayan gebelerin de doğuma hazır oluş puanları yüksek bulunmuştur. Bu bulgular da gebenin çevresindeki olumsuz doğum hikayelerinin doğum korkusu üzerindeki etkisi ile açıklanabilir. Çünkü doğuma hazır oluş puanı artıkça da doğuma hazır olma durumu azalmaktadır (Beydağ, 2010).

Gebelerin doğum şekli tercihinde etkili olan neden ile DHOÖ puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Gebelerin doğum şekli tercihlerinde kişisel tercih diyenlerin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuç

gebelerin doğuma hazır olma durumunu olumsuz etkilemektedir. Çünkü doğuma hazır oluş puanı artıkça da doğuma hazır olma durumu azalmaktadır (Beydağ, 2010).

Kadınların gebelik ve doğum sırasındaki sağlığı, uluslararası alanda toplum sağlığının temel taşı olarak kabul edilmektedir (World Health Organization, 2015). Sağlıklı ve olumlu doğum deneyimleri için kadının doğum inançlarının belirlenmesi, doğuma hazır oluşunun ölçülmesi önemlidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin doğum inançları ile doğuma hazır oluşlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırma verilerine göre;

- Gebelerin doğum inançları ölçeği doğal süreç alt boyutu ve toplam puan ortalaması ile doğuma hazır oluş arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu,
- Gebelerin doğal doğum inancı arttıkça doğuma hazır oluşlarının arttığı,
- Gebelerin yaş grupları, çalışma durumu, yaşanılan yer, gebelik haftası, gebelik sayısı, isteyerek gebe kalma, gebelik kontrollerini yaptırma ve doğum şekli tercihleri ile doğum inançları ölçeği doğal süreç alt boyut puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı,
- Gebelerin eğitim, gebelik haftası, gebelik sayısı ve isteyerek gebe kalma ile doğum inançları ölçeği tıbbi süreç alt boyut puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı,
- Gebelerin eğitim, takiplerinin yapıldığı kurum, istedikleri doğum şekli, normal doğum/ sezaryen isteme nedenleri ve olumsuz vajinal / sezaryen doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma ile doğum inançları ölçeği doğal süreç alt boyut puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu,
- Gebelerin yaş grupları, çalışma durumu, yaşanılan yer, gebelik kontrollerini yaptırma, takiplerinin yapıldığı kurum, istedikleri doğum şekli, normal doğum/ sezaryen isteme nedenleri, olumsuz vajinal / sezaryen doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma ve doğum şekli tercihleri ile doğum inançları ölçeği tıbbi süreç alt boyut puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu,
- Gebelerin yaş grupları, eğitim, yaşanılan yer, gebelik haftası, gebelik sayısı, takiplerinin yapıldığı kurum, istedikleri doğum şekli, normal doğum/ sezaryen isteme

nedenleri ve olumsuz vajinal / sezaryen doğum deneyimi yaşayan kişi tanıma ile doğuma hazır oluş puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu,

- Gebelerin çalışma durumu, isteyerek gebe kalma, gebelik kontrollerini yaptırma ve doğum şekli tercihleri ile doğuma hazır oluş puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Kadınların doğum inançları prekonsepsiyonel dönemden itibaren ebeler tarafından değerlendirilmelidir.
- Doğuma hazırlık eğitimleri ile gebelerin doğal doğum inançları desteklenmelidir.
- Gebelerin doğuma hazır oluşlarının değerlendirilmesi ve hazır oluşu olumlu etkilemeye yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.
- Gelecekteki çalışmalarda tıbbi doğum inancını azaltacak girişimler yapılması önerilebilir. Aynı zamanda gebelerin doğal doğum inanç ve eğilim düzeylerini belirlemede normal doğuma inanç ölçeği de kullanılabilir. Normal doğumu teşvik etmek ve gereksiz sezaryen oranlarını azaltmak amacıyla ülkemizin kültürüne ve inanışlarına yönelik yeni ölçekler de geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

- ACOG Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. 2019. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), 406-408.
- Aktaş, S., Aydın, R. 2019. The analysis of negative birth experiences of mothers: A qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 176-192.
- Alp Yılmaz, F., Durgun Ozan, Y. 2020. Women's birth beliefs and associated factors in an obstetrics clinic in the Southeastern Anatolian Region of Turkey. *Journal of Health Research*, 34(4), 345-351.
- Arcia, A. 2013. US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery*, 29(8), 885-894.
- Başar, F., Sağlam, Y. 2018. Women's Choice of Delivery Methods and the Factors That Affect Them. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8 (1), 59-74.
- Başgöl, Ş., Elmas, S. 2023. Gebelikte Doğum Korkusu ile Doğuma Hazır Oluşluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3).
- Başkaya, Y., Sayiner, D. 2018. Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119.
- Bektaş, E. 2008. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi,. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi.
- Benyamini, Y. 2011. Health and Illness Perceptions. *The Oxford Handbook of Health Psychology*, 281-314.
- Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M., Preis, H. 2017. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth*, 30(5), 424-430.

- Berger, B., Schwarz, C., Heusser, P. 2015. Watchful waiting or induction of labour - a matter of informed choice: Identification, analysis and critical appraisal of decision aids and patient information regarding care options for women with uncomplicated singleton late and post term pregnancies: A review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1). Scopus.
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M., WHO Working Group on Caesarean Section. 2016. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 667-670.
- Beydağ, K. T., Mete, S. 2010. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), Article 1.
- Birinci, Ş. Parpucu, ÜM. 2023. When a caesarean section is necessary: Analysis of cesarean sections performed in the Republic of Turkey in 2022 in accordance with the World Health Organization Multi-Country Research Guidelines. *Turk J Obstet Gynecol*. 2023 Sep 4;20(3):184-190
- Bollopragada, S., Youssef, R., Jordan, F., Greer, I., Norman, J., Nelson, S. 2009. Term labor is associated with a core inflammatory response in human fetal membranes, myometrium, and cervix. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(1), 104. e1-104. e11.
- Boz, İ., Teskereci, G., Akman, G. (2016). How did you choose a mode of birth? Experiences of nulliparous women from Turkey. *Women and Birth*, 29(4), 359-367.
- Brubaker, S., Dillaway, H. 2009. Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociol Compass*, 3(31), 31-48.

- Carlsson, I. M., Ziegert, K., & Nissen, E. 2015. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, 31(10), 1000–1007.
- Cheng, Y. W., Caughey, A. B. 2017. Defining and Managing Normal and Abnormal Second Stage of Labor. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(4), 547-566.
- Christiaens, W., Verhaeghe, M., Bracke, P. 2010. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: A cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 10, 268.
- Clesse, C., Lighezzolo, A., de Lavergne, S., Hamlin, S., Scheffler, M. 2018. The Evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167.
- Cluff, A. H., Byström, B., Klimaviciute, A., Dahlqvist, C., Cebers, G., Malmström, A., Ekman-Ordeberg, G. 2006. Prolonged labour associated with lower expression of syndecan 3 and connexin 43 in human uterine tissue. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 4(1), 1-9.
- Coates, D., Donnelly, N., Foureur, M., Thirukumar, P., Henry, A. 2021. Factors associated with women's birth beliefs and experiences of decision-making in the context of planned birth: A survey study. *Midwifery*, 96, 102944.
- Coates, D., Thirukumar, P., Spear, V., Brown, G., Henry, A. (2020). What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth*, 33(4), 323-333.
- Coleman, H. A., Hart, J. D. E., Tonta, M. A., Parkington, H. C. 2000. Changes in the mechanisms involved in uterine contractions during pregnancy in guinea-pigs. *The Journal of physiology*, 523(3), 785-798.

- Côté-Arsenault, D., Denney-Koelsch, E. 2016. "Have no regrets:" Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science & Medicine (1982)*, 154, 100-109.
- Coxon, K., Sandall, J., Fulop, N. J. 2014. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk and Society*, 16(1), 51-67. Scopus.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Sheffield, J. S. 2014. Physiology of labor. *Williams obstetrics. 24th ed. New York (NY): McGraw-Hill.*
- Çalık, Y., Erkaya, R., Karabulutlu, Ö. 2018. Üçüncü Basamak Bir Hastanede 4 Yıllık Sezaryen Doğumlarının Oranları ve Endikasyonları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 201-209.
- Dadipoor, S., Mehraban, M., Aghamolaei, T., Ramezankhani, A., Safari-Moradabadi, A. 2017. Prediction of Birth Type Based on the Health Belief Model. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11(3), 159-164.
- Davis, E. P., Narayan, A. J. 2020. Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625-1639.
- Delibalta, R. T., Bölükbaşı, H., Tezcan, E., Gözükar, İ., Hakverdi, A. U., Özer, C. 2021. Prenatal Dönemdeki Gebe Kadınların Gebeliğe ve Anneliğe Uyumu ile İlişkili Faktörler. *Kafkas Journal of Medical Sciences, Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 11(1).
- Demirbas, H., Kadioglu, H. 2014. Adaptation to pregnancy in prenatal period women and factors associated with adaptation. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4).

- Dinç, B., Okyay, E. K. 2021. Kadınların doğum inançları ve etkileyen faktörler. *Anatolian Journal of Health Research*, 2(Volume 2 Issue 2), Article Volume 2 Issue 2.
- Dixon, L., Skinner, J., Foureur, M. 2014. The emotional journey of labour—Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*, 30(3), 371-377.
- Doğan, N. G. 2018. Riskli gebeliklerde kadının gebelik ve anneliğe uyumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun; Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Dominguez-Bello, M. G., Costello, E. K., Contreras, M., Magris, M., Hidalgo, G., Fierer, N., & Knight, R. 2010. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(26), 11971–11975.
- Erdemoğlu, Ç., Karakayalı, Ç., Özşahin, Z. 2018. Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 34-46.
- Ergin, B. A., Kömürcü, N. 2013. Doğum Ağrısının Fizyolojisi. İçinde Ergin, B. A. (N. Kömürcü (Editörler). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, 22–38, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., Bayes, S. 2010. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy. *Midwifery*, 26(4), 394-400.
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., Downe, S. 2020. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS One*, 15(4), e0231415.

- Gee H. 2015. Caesarean section should be available on request: FOR: the mother's autonomy should be paramount. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(3), 359.
- Gehrig-Burger, K., Slaninova, J., Gimpl, G. 2010. Depletion of calcium stores contributes to progesterone-induced attenuation of calcium signaling of G protein-coupled receptors. *Cellular and molecular life sciences*, 67, 2815-2824.
- Gönenç, İ., Terzioğlu, F. 2012. Masaj ve akupresürün gebelerin kaygı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129-143.
- Gözükara, F. Eroğlu, K. 2008. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1), Article 1.
- Green, J. M., & Baston, H. A. 2003. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(4), 235–247.
- Haines, H., Rubertsson, C., Hildingsson, I. 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(55).
- Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J. F., Hildingsson, I. 2012. Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: A comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery*, 28(6), e850-856.
- Hancıoğlu Aytaç, S. 2017. Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul; İstanbul Üniversitesi.
- Harris, S. J., Janssen, P. A., Saxell, L., Carty, E. A., MacRae, G. S., Petersen, K. L. 2012. Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal

outcomes. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 184(17), 1885-1892.

Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M. 2021. Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*, 8(5), 2558-2566.

Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., Stramrood, C. a. I. 2017. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523.

Höbek Akarsu, R., Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F. 2018. Doğum Eyleminde Ağrı Yönetimi (Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yöntemler). İçinde *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem*. (ss. 103-117). İstanbul Tıp Kitabevleri.

Incerti, M., Locatelli, A., Ghidini, A., Ciriello, E., Consonni, S., Pezzullo, J. C. 2011. Variability in rate of cervical dilation in nulliparous women at term. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(1), 30-35.

International Confederation of Midwives. 2022. *Keeping Birth Normal*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2019/06/keeping-birth-normal-eng-converted-updated-letterhead.pdf> (04.12.2023)

İbici Akça, E., 2021. Nullipar Gebelere Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Mobil Eğitimin Normal Doğum Eğilimine Etkisi. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya: İnönü Üniversitesi.

- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., Montazeri, A. 2016. Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(3), 146-153.
- Karabulutlu, Ö. 2012. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 210-218.
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. 2018. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 15(1), e1002494.
- Khaled, M., Corner, G. W., Horton, K., Khoddam, H., Stoycos, S., Saxbe, D. E. 2020. Prenatal relationship conflict behavior predicts childbirth experiences and birth outcomes. *Journal of Family Psychology*, 34(6), 759.
- Kızılkaya Beji, N., Aydın Özkan, A. 2015. Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler. İçinde *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* ss. 227-244. Nobel Tıp Kitapevi.
- Kim, M. K., Lee, S. M., Bae, S.-H., Kim, H. J., Lim, N. G., Yoon, S.-J., Lee, J. Y., Jo, M.-W. (2018). Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 2.
- Kömürcü, N. 2013. Doğum Ağrısı ve Yönetim (2.Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara. Türkiye
- Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F., Daly, D., Pehlke-Milde, J. 2022. The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 856. w

- Liao, J. B., Buhimschi, C. S., Norwitz, E. R. 2005. Normal labor: Mechanism and duration. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 32(2), 145-164, vii.
- Liddell, J., Johnson, K. M. 2018. Dignity in Childbirth: US Women's Perceptions of Respect and Autonomy in Hospital Births. İçinde *Gender, Women's Health Care Concerns and Other Social Factors in Health and Health Care*. Emerald Publishing Limited.
- Mete, S., Çiçek, Ö., Tokat, M. A., Çamlıbel, M., Uludağ, E. 2017. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(3), 201-206.
- Miller, Y. D., Danoy-Monet, M. 2021. Reproducing fear: The effect of birth stories on nulligravid women's birth preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 451.
- Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M., Hutton, E. 2014. Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario Choice of Birthplace Survey. *Midwifery*, 30(7), 869-876.
- Mylonas I, Friese K. 2015. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int.* 20;112(29-30):489-95.
- Nguyen-Ngo, C., Lappas, M. 2020. Mechanisms of normal labour. *Current Opinion in Physiology*, 13, 27-32.
- Nieuwenhuijze, M., Leahy-Warren, P. 2019. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. 2012. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 25(3), 114-121.

- Odent, M. 2008. Sezaryen. Kuraldışı, 156, İstanbul. Türkiye.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., Nieuwenhuijze, M. J. 2018. Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), e020347.
- Opiyo, N., Torloni, M. R., Robson, M., Ladfors, L., Gholbzouri, K., Kacerauskiene, J., Vila-Candel, R., Kessler, J., Lucovnik, M., & Betrán, A. P. 2022. WHO's Robson platform for data-sharing on caesarean section rates. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(5), 352–354.
- Özbek, Ş. 2019. IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yeditepe Üniversitesi.
- Özorhan, E., Ejder Apay, S., Şahin Altun, Ö. 2014. Gebelikte Ruh Sağlığı. *YBÜ Hemşirelik E-Dergisi*, 3(2).
- Patted, S. 2011. Caesarean section on maternal request (CDMR). *Recent research in science and technology*, 3(2), 100-101.
- Patwardhan, M., Hernandez-Andrade, E., Ahn, H., Korzeniewski, S. J., Schwartz, A., Hassan, S. S., Romero, R. 2015. Dynamic changes in the myometrium during the third stage of labor, evaluated using two-dimensional ultrasound, in women with normal and abnormal third stage of labor and in women with obstetric complications. *Gynecologic and obstetric investigation*, 80(1), 26-37.
- Phillips, R. J., Al-Zamil, H., Hunt, L. P., Fortier, M. A., Lopez Bernal, A. 2011. Genes for prostaglandin synthesis, transport and inactivation are differentially expressed in human uterine tissues, and the prostaglandin F synthase AKR1B1 is induced in

- myometrial cells by inflammatory cytokines. *Molecular human reproduction*, 17(1), 1-13.
- Pieber, D., Allport, V. C., Hills, F., Johnson, M., Bennett, P. R. 2001. Interactions between progesterone receptor isoforms in myometrial cells in human labour. *MHR: Basic science of reproductive medicine*, 7(9), 875-879.
- Preis, H., Benyamini, Y. 2017. The birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(1), 73-80.
- Preis, H., Chen, R., Eisner, M., Pardo, J., Peled, Y., Wiznitzer, A., Benyamini, Y. 2018. Testing a biopsychosocial model of the basic birth beliefs. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(1), 79-87.
- Preis, H., Gozlan, M., Dan, U., Benyamini, Y. 2018. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery*, 63, 46-51.
- Rana, T., Satwah, S., Bellussi, F., & Berghella, V. 2023. Obstetrical provider preferences for cesarean delivery on maternal request in uncomplicated pregnancies: a systematic review of the literature. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 5(5), 100839.
- Rathfisch, G. 2012. Doğal Doğum Felsefesi: C. 2. *Baskı* (Nobel Matbaacılık). Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, Türkiye.
- Romanis E. C. 2019. Why the Elective Caesarean Lottery is Ethically Impermissible. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*, 27(4), 249–268.

- Sanavi, F. S., Rakhshani, F., Ansari-Moghaddam, A., Edalatian, M. (2012). Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13(4), 237-240.
- Santana, L. S., Gallo, R. B. S., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., Quintana, S. M., Marcolin, A. C. 2016. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: A randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 62(1), 29-34.
- Sethi, D., Barnabas, S. 2017. A pre-experimental study to evaluate the effectiveness of back massage among pregnant women in first stage of labour pains admitted in labour room of a selected hospital, Ludhiana, Punjab, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(1), 76-84.
- Sezgin, D. 2011. Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 52-77.
- Simkin, P., Janet Whalley, A. 2016. Hamilelik Doğum ve Bebek. Yakamoz Kitap. İstanbul. Türkiye
- Stoll, K. H., Hauck, Y. L., Hall, W. A. 2016. Home or hospital Midwife or physician. Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(1), e33-38.
- Stoll, K., Hall, W. A. 2013. Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1495-1505.
- Stoll, K. H., Hauck, Y. L., Downe, S., Payne, D., Hall, W. A., & International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team 2017. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reproductive health*, 14(1), 116

- Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. 2015 Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17;15:221.
- Sondgeroth, K. E., Wan, L., Rampersad, R. M., Stout, M. J., Macones, G. A., Cahill, A. G., & Tuuli, M. G. 2019. Risk of Maternal Morbidity with Increasing Number of Cesareans. *American journal of perinatology*, 36(4), 346–351.
- Sorrentino, F., Greco, F., Palieri, T., Vasciaveo, L., Stabile, G., Carlucci, S., Laganà, A. S., & Nappi, L. 2022. Caesarean Section on Maternal Request-Ethical and Juridic Issues: A Narrative Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(9), 1255.
- Sung, S. Mahdy, H. 2023. Cesarean Section. Treasure Island (FL). *StatPearls Publishing* PMID: 31536313.
- Şahin Büyük, D. 2017. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Manisa; Celal Bayar Üniversitesi.
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15, 73.
- Taşkın, L. 2016. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutları. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Daş, Z. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Türkiye, (ss. 218-227).
- Taşkın, L. 2016. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliğine Giriş. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Kukul, K. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Türkiye, (ss. 1-15).
- Taşkın, L. 2016. Gebelikte Annenin Fizyolojisi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Taşkın, L. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Türkiye, (ss. 87-107).

- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., Oladapo, O. T. 2019. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive health*, 16(1), 1-20.
- Thornton, J. M., Ramphul, M. 2023. Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 33(6), 160-167.
- Tribe, R. M., Taylor, P. D., Kelly, N. M., Rees, D., Sandall, J., & Kennedy, H. P. 2018. Parturition and the perinatal period: can mode of delivery impact on the future health of the neonate?. *The Journal of physiology*, 596(23), 5709–5722.
- Tulandi, T., Agdi, M., Zarei, A., Miner, L., & Sikirica, V. 2009. Adhesion development and morbidity after repeat cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(1), 56.e1–56.e566.
- Turkstra, E., Creedy, D. K., Fenwick, J., Buist, A., Scuffham, P. A., & Gamble, J. 2015. Health services utilization of women following a traumatic birth. *Archives of women's mental health*, 18(6), 829–832.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayınları.
- Üst, Z. Pasinlioğlu, T. 2015. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 23 306–317.
- Vila Ortiz, M., Gialdini, C., Hanson, C., Betrán, A. P., Carroli, G., & Mølsted Alvesson, H. 2023. A bit of medical paternalism? A qualitative study on power relations between women and healthcare providers when deciding on mode of birth in five public maternity wards of Argentina. *Reproductive health*, 20(1), 122.

- Vogels-Broeke, M., Daemers, D., Budé, L., de Vries, R., Nieuwenhuijze, M. (2023). Women's Birth Beliefs During Pregnancy and Postpartum in the Netherlands: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(2), 210-220.
- Walker, K. F., Thornton, J. G. (2021). Timing and mode of delivery with advancing maternal age. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, 101-111.
- Wilson, K. L., Sirois, F. M. 2010. Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: The role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83.
- World Health Organization. 2015. Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. *Geneva: WHO*.
- World Health Organization. 2018. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.
- WHO. (2021). *Robson Classification Platform*. <https://robson-classification-platform.srhr.org/> (28.12.2023)
- Yağci, Ü., Saygin, M. 2019. Ağrı Fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), Article 2.
- Yapça, Ö., Karaca, İ., Çatma, T. 2015. Artan Sezaryen Oranlarını Nasıl Azaltabiliriz? Üç Yıllık Sezaryen Verilerimiz Eşliğinde Değerlendirme. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 7(3), 97-102.
- Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M. 2013. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-87.
- Zhang, J., Landy, H. J., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C. G., Ramirez, M. M., Bailit, J. L., Gonzalez-Quintero, V. H., Hibbard, J.


U., Hoffman, M. K., Kominiarek, M., Learman, L. A., Van Veldhuisen, P., Troendle, J., Reddy, U. M., & Consortium on Safe Labor. 2010. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 116(6), 1281-1287.

Zhang S, Qin X, Li P, Huang K. 2022. Effect of Elective Cesarean Section on Children's Obesity From Birth to Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pediatr*. 27;9:793400.



EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	İmran Ülkü ALEV	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Ebelik	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
<p>Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.</p>		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%6	% 15
II.Genel Bilgiler	%10	% 35
III. Materyal ve Metod	%27	% 35
IV. Bulgular	%12	% 15
V.Tartışma	%5	% 20
<p><i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i></p>		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç. Dr. Hava ÖZKAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Gebelerin Doğum İnançları İle Doğuma Hazır Oluşlarının Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 1 Karar No: 23	Tarih:27.01.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. KURUM İZİNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799
Konu : İmran Ülkü ALEV
(Tez Çalışması)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi a) Atatürk Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 24/03/2022 tarih ve 2200095349 sayılı yazısı.

b) 25/03/2022 tarih ve 161970553 barkodlu yazımız.

İlgi (a)'da kayıtlı yazıda Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı öğrencisi İmran Ülkü ALEV' in "*Gebelerin Doğum İnançları İle Doğuma Hazır Oluşlarının Değerlendirilmesi*" konulu tez çalışmasının uygulamasının Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı ilgili hastaneye ilgi(b)'de kayıtlı yazı ile gönderilmiştir.

Söz konusu çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla, ilgili kurumda yapılması hususunda, ilgili Hastane Yöneticiliği'nin cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

1) 20-25 arası 2) 26-30 arası 3) 30-35 yaş üzeri 4) 36 yaş üzeri

2. Eğitim durumunuz:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite

3. Çalışma durumu:

1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

4. Şu an yaşadığınız yer:

1) İl 2) İlçe 3) Köy

5. Kaçınıc gebelik haftasındasınız?

1) 14- 26. Gebelik haftası 2) 27- 40. Gebelik haftası

6. Gebelik sayısınıc:

1) 1 2)2 3)3 4)4

7. İsteyerek mi gebe kaldınıc?

1) İsteyerek 2) İstemeyerek

8. Gebelik kontrollerinizi düzenli olarak yaptırıyc musunuz?

1) Evet 2) Hayır

9. Gebelik takiplerinizi nerede yaptırıycsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1) Aile sağlığı merkezinde

2) Devlet hastanesinde

3) Özel hastanede

4) Üniversite hastanesinde

10. Doğumunuzu nasıl yapmayı planlıycsunuz? İsteme sebebinizi belirtiniz.

1) Normal Doğum

(.....)

2) Sezaryen

(.....)

11. Doğum kararınızı etkileyen olumsuz vajinal doğum deneyimi (anne veya bebeğin sorunlarla karşılaştığı) yaşayan yakınınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

12. Doğum kararınızı etkileyen olumsuz sezaryen doğum deneyimi (anne veya bebeğin sorunlarla karşılaştığı) yaşayan yakınınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

13. Doğum şekli tercihinizde en etkili olan aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- 1) Kendiniz
- 2) Eşiniz
- 3) Aile Büyükleriniz
- 4) Ebeniz
- 5) Doktorunuz
- 6) Kitle iletişim araçları (medya, TV, internet)

EK-5. DOĞUM İNANÇLARI ÖLÇEĞİ (DİÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum				Kesinlikle Katılıyorum
1. Doğum tıbbi bir olaydır.	1	2	3	4	5
2. Günümüzde kadınların doğum sancısı çekmesi için hiçbir neden yoktur.	1	2	3	4	5
3. Kadın bedeni nasıl doğum yapacağını bilir.	1	2	3	4	5
4. Doğum sırasında ters gidebilecek birçok şey vardır.	1	2	3	4	5
5. Doğumun kendi akışında ilerlemesine izin verilmelidir.	1	2	3	4	5
6. Çoğunlukla, kadının vücut yapısı onun normal doğum yapmasına izin vermez.	1	2	3	4	5
7. Doğum doğal bir olaydır.	1	2	3	4	5
8. Doğum ağrısı doğum deneyiminin önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
9. Doğum dikkatli bir tıbbi bakım ve izlem gerektirir.	1	2	3	4	5
10. Doğum tehlikeli bir süreçtir.	1	2	3	4	5
11. Doğum kadını güçlendiren/ruhsal olarak olgunlaştıran bir deneyimdir.	1	2	3	4	5

EK-6. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-

DOĞUMA HAZIR OLUŞ ALT BOYUTU

	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
1. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
2. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
3. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
4. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
5. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
6. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
7. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				
8. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
9. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
10. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				

EK-7. DOĞUM İNANÇLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Selin Ahsun

Alıcı: ben ▾

Sevgili Ülkü Alev,

Ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarız.

Ölçekle ilgili gerekli belgeleri ekte gönderiyor tezinizde başarılar diliyorum.



EGE Üniversitesi

www.ege.edu.tr

Arş. Gör. Selin AHSUN PAKER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel:

Gönderen: Ülkü Alev

Gönderildi

Kime:

Konu: Ölçek Kullanma izni

...

...



EK-8. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ DOĞUMA HAZIR OLUŞ ALT BOYUTU KULLANIM İZİNİ



...alevimranulku@gmail.com>

Ölçek Kullanım İzni

Kerime Derya Beydağ | GEDİK UNI
Alıcı: Ülkü Alev

Merhaba Ülkü
Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Tez çalışmada kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle

iOS için Outlook uygulamasını edinin

Kimden: Ülkü Alev
Gönderme tarihi: Pazartesi, Temmuz 10, 2023 2:30 ÖS
Kime: Kerime Derya Beydağ | GEDİK UNI
Konu: Ford: Ölçek Kullanım İzni

Değerli Kerime Derya Hocam,
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında Doç. Dr. Hava ÖZKAN danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisim. Sizin ve Samiye Hocamın birlikte geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ni tezimde kullanma iznini vermenizi arz ederim. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Teşekkür ederim hocam.
Yüksek Lisans Öğrencisi: İmran Ülkü Alev
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
Erzurum

EK-9. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ

ALINMASI ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

“Gebelerin Doğum İnançları ile Doğuma Hazır Oluşlarının Değerlendirilmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin 14. Gebelik haftanızı tamamlamış olmanız ve normal doğum yapmanıza engel olacak bir riskinizin bulunmamasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ebelik Anabilim Dalında, Prof. Dr. Hava ÖZKAN sorumluluğu altındadır.

- Bu çalışmanın amacı gebelik inançlarınızın doğuma hazır oluşunuz üzerindeki etkisini incelemektir. Sizden başka 1000 gebenin daha çalışmaya katılması planlanmaktadır.
- Çalışma tanımlayıcı olarak yürütülecektir. Sadece anket yöntemiyle veri toplanacak, araştırma kapsamında size başka herhangi bir işlem yapılmayacaktır. Araştırmada sizin cevaplamanız için 1 adet tanıtıcı bilgi formu 2 adet anket formu sunulmuştur. Sizin her ifadeyi okuduktan sonra kendinize uyan maddeleri işaretlemeniz veya doldurmanız gerekmektedir. Anketleri doldurmanız ortalama 15 dk. sürecektir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı olarak yapılmaktadır. Araştırmada veri toplama 6 ay devam edecektir.
- Araştırma sırasında karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk veya zarar bulunmamaktadır.
- Gebelerin doğum öncesindeki doğum inançlarının ölçülmesi ve hazır oluşlarının değerlendirilmesi gebelik döneminde doğum tercihlerinin belirlenmesinde önemlidir.
- Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımınız için teşekkür ederim.

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

Gönüllünün Adı-Soyadı:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı Adı-Soyadı

İmzası:

İmzası: