T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr.Öğr.Üyesi İlknur DİNDAR

ÖZEL BİR HASTANEDE DOĞUM YAPAN PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUMU ALGILAMA VE DOĞUM YÖNTEMİ TERCİHLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gizem YILMAZ GÜLEŞ

Referans no: 10246473

EDİRNE -2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr.Öğr.Üyesi İlknur DİNDAR

ÖZEL BİR HASTANEDE DOĞUM YAPAN PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUMU ALGILAMA VE DOĞUM YÖNTEMİ TERCİHLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gizem YILMAZ GÜLEŞ

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE -2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Gizem YILMAZ GÜLEŞ tarafından tez başlığı " Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Primipar Kadınların Doğumu Algılama Ve Doğum Yöntemi Tercihleri" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **26/04/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR
JÜRİ BAŞKANI

Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ
ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bizlere modern bir çalışma ortamı sağlayan, pratik ve akılcı çözüm alışkanlığını örnek almaya çalıştığım ve tezimi hazırlama süresi boyunca yardımlarını benden esirgemeyen hocam Dr.Öğr.Üyesi İlknur DİNDAR başta olmak üzere, üstümde emeği olan tüm hocalarıma, manevi destekleri ile her zaman yanımda olan çok sevdiğim aileme ve eşime teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 4

NORMAL DOĞUM 4

SEZERYAN DOĞUM 17

KARAR VERME VE KARAR VERME STİLLERİ 20

GEREÇ VE YÖNTEMLER 25

BULGULAR 29

TARTIŞMA 38

SONUÇLAR VE ÖNERİLER 43

ÖZET 45

SUMMARY 47

KAYNAKLAR 49

TABLO LİSTESİ 55

EKLER

SİMGELER VE KISALTMALAR

C/S : Sezeryan

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

NSD : Normal Spontan Doğum

POBS : Perception of Birth Scale

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir kadının hayatında yaşadığı en önemli zaman dilimi gebelik süresi ve doğum anları olmuştur. Bu dönemler, ilk doğumunu yapan bir gebenin doğum olayını nasıl deneyimlediğini ve nasıl algıladığını belirlemek ve doğum sonrası sürecin sorunsuz bir süreç olmasını sağlamak adına önemli dönemlerdendir (1).

Normal spontan doğum (NSD) uzun yıllardır insanların kullandığı doğum yöntemi olmuştur. Kadın fizyolojisi NSD için sıklıkla uyum yapıdadır. Yeterli destek ve girişimle doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşmektedir. Bazen baş-pelvis uyumsuzluğu, fetus geliş uyumsuzlukları, fetal distres, iri bebek sendromları ve geçirilmiş sezeryan öyküsü gibi durumlarda NSD gerçekleşememekte veya anne-bebek için NSD süreci riskli bir süreç haline gelmektedir (1).

Normal spontan doğumun uygun olmadığı durumlarda sezeryan (C/S), yöntemi uygulanmaktadır. C/S, ülkemizde yapılan en yaygın cerrahi uygulamalardandır. Yapılan araştırmalarda 60'lı yıllarda yapılan C/S oranı %5 iken günümüzde bu oran %50'lere çıkmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (TNSA) 2008 sonuçlarına göre sağlık kurumlarında yapılan doğumlara bakıldığında; doğumların %42'si C/S ile olduğu hatta özel sağlık merkezlerinde %90'lara kadar çıktığı görülmüştür. Oysa Dünya Sağlık Örgüt'ü (DSÖ) NSD'u önermekte ve olması gereken C/S oranının %15'lerde olması gerektiğini belirtmiştir (2).

Sezeryan ile doğum yapan gebeler, ilk 24 saat anestezik maddenin etkisi altında olmaları ve geçirdikleri cerrahi operasyon sebebiyle hareketleri kısıtlanmakta, bu durumda da desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. C/S doğum sonrası anneler NSD yapan anneler gibi bebeklerini doğum sonrası emzirebilirler fakat ağrı sebebiyle C/S yapılan anneler hem

emzirmeyi unutabildiklerinden hem de kucaklarına bebeklerini alamamalarından dolayı problemler yaşayabilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda NSD yapan anneler ile C/S yapan anneler karşılaştırıldığında; bebeklerini görme, kucaklarına alma ve emzirmeye başlama zamanları arasında önemli değişiklikler olduğu tespit edilmiştir (3,4).

Doğum hem emosyonel hem de fiziksel tepkilerin beraber geliştiği bir tecrübedir. Bu durumun ebeveynler arasında iyi ya da kötü olarak nitelendirilmesini sağlayan birçok faktör bulunur. Doğum süresi, doğum süresinin gidişatı, bebeğin duruş şekli gibi fiziksel faktörler doğum deneyimini etkileyen faktörlerin sadece bir aşamasını oluşturur. Kültür, doğumdan beklentileri, destek olan kişilerin varlığı, aldığı sağlık hizmeti, bilgilendirme ve ağrıyla baş etme biçimi, iletişim, doğumda uygulanan müdahaleler, erken dönemde anne-bebek ilişkisinin sağlanması ve doğumdan önce eğitim verilmesi gibi birçok faktör bu deneyimi fazlasıyla etkileyebilmektedir (5,6).

Gebelik süresinde verilen eğitimlerin ebe-hemşireler tarafından verilmesi vajinal yolla doğumun gerçekleşme ihtimalini arttırabilmektedir. Doğum süre olarak sınırlı bir sürede olup biten bir olay olmasına karşın geçici fiziksel deneyimlerden daha fazla akılda kalabilir. Bu süreçte yaşadığı kötü olaylar veya duyduğu kötü sözler beklenenden daha fazla akıllarda kalabilir. Bu deneyimlerinde elde ettikleri anılar kişilerin ebeveynliklerini ve diğer doğumlarındaki tercihlerini etkileyecektir (7).

Yaşam kalitesi kavramı ilk defa Thorndike (1939) tarafından tanımlanmıştır. Kişinin kendisini nasıl hissettiğini, günlük aktivitelerini nasıl, ne kadar yapabildiğini belirleyen bir kavramdır. Doğum sonrası anneler için geçen o süreç annenin yaşam kalitesini etkileyen sosyal, fiziksel ve emosyonel değişim zamanı olur. Bu süreçten sonra annenin, hem fizyolojik hem de psikolojik olarak gebelik öncesine dönerek bebek bakımını yapması, bebek için güvenli bir çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması beklenmekte ve yeni rollerine adapte olması gerekmektedir (8).

Ortaya çıkan durum ve rollere adapte olabilmesi için ailenin gebelik döneminden itibaren iyi hazırlanması ve aile üyelerinin birbirlerine yardımcı olmaları önem taşımaktadır. Birçok kadın bu süreçten fizyolojik, sosyal ve emosyonel olarak kendilerini gebelik öncesi döneme kolaylıkla döndürebilirken, bir kısım kadında ise gebelik sonrası geri dönüşümsüz olarak etkiler kalabilmekte, kalıcı ruhsal değişikliklere sebep olabilmektedir. Doğum sonrası dönem ruhsal bozukluklar için riskli bir dönemdir. Yeni bir bireyin aileye katılması genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da bazı anneler için duygusal sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Doğum sonrası yaşanan psikiyatrik sendromlar ile ilgili çok kesin sınırlar

belirlenmemiş olsa da, bu sendromlar belirtilerine, sağaltımlarına ve prognozlarına göre tanımlanarak, annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon ve doğum sonrası psikoz olmak üzere başlıca üç kategori altında toplanmaktadırlar (4,9).

Bu durum anneyi, bebeği ve aile bireylerini olumsuz etkilediği, onların yaşam kalitesini ve güvenliğini tehlikeye düşürdüğü için hastalıkları önemli kılmaktadır . Annelik hüznü (maternity blues), annelerin %50-80'inde görülen, doğumdan 2-4 gün sonra ortaya çıkan kısa süreli bir dönemdir. Anne bu süreçte gerekli desteği görmez ise annelik hüznünün doğum sonrası depresyona dönüşme olasılığı bulunmaktadır. Bu sebepten dolayı annelik hüznü tanısı doğum sonrası erken dönemde konulmalıdır. Doğum tecrübesi; yaşam kalitesinin iyileştirilmesine önemli katkı sağlamakla beraber ,bebeğin doğumuyla sonra ermemektedir. Bebeğine, doğum sonrası rahatsızlıklara, ailede oluşan yeni düzen ve beden imgelerinde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan lohusa için doğum sonrası dönem oldukça zor olur. Bu nedenle C/S ve ya NSD doğum yapmış primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumlarını etkileyen faktörler incelenmelidir (4,6).

Bu çalışmada, doğum yapan primipar kadınların doğumu algılama düzeylerini ve doğum yöntemi tercihlerini belirlemek amaçlandı.

GENEL BİLGİLER

Gebelik dönemi doğuma kadar olan çok uzun bir süreyi içermektedir. Bu dönemin sağlıklı geçirilmesi hem travayı hem de doğum sonrası dönemde depresyon gelişme riskini etkileyebilir. Bu bağlamda, hem doğum deneyiminin olumlu olması hem de doğum sonu yaşam kalitesi düzeyi, doğum sonrası dönemde depresyon gelişme riskini azaltmaktadır (10).

NORMAL SPONTAN DOĞUM

Doğum eylemi, düzensiz gelip geçen uterusun kasılmalarının serviksin giderek incelmesini hatta silinmesini ve genişlemesini (dilatasyonuna) sağlayan fizyolojik bir süreçtir. Serviksin kasılmalarla incelmesi ve dilatasyonu, fetusun uterustan ilerleyip doğum kanalı ile doğmasına izin verir.

Gebelik, döllenmeden sonra 266 gün veya 28 günlük siklusları olan kadınlarda, son adetinin başladığı ilk gününden itibaren 280 gün ya da 40 hafta sürer (11).

Doğum Eylemi için Gerekli Faktörler

- Doğum kanalı,
- Doğum objesi,
- Doğum eylemindeki güçler,
- Annenin içinde bulunduğu psikolojik durum(12,13).

Doğum Kanalı- Kemik Pelvis

Kemik pelvis linea terminalis adlı hayali çizgi ile iki bölüme ayrılır. Üstte kalan kısmına pelvis major ya da yalancı pelvis, altta kalan kısmına ise pelvis minör ya da hakiki pelvis denir. Pelvis minor, doğum için önemli olan alttaki kısımdır (13).

Pelvis minor, yanlarında iskium arkasında sacrum ve koksiks, önünde pubis ile sarılıdır. Pelvis minör pelvik girim, orta pelvis ve pelvik çıkım olarak üç kısımdan oluşur (14).

Pelvik girim: Pelvik girim dört çaptan oluşur. Ön-arka çap, transvers çap ve iki adet oblik çaptan oluşur. Ön-arka çap promontoriumun orta kısmından simfizis pubisin üst uc kısmına kadar uzanır. Bu çapın değişik noktalarından ölçülmesiyle 3 tane konjugata elde edilir.

Konjugata vera, promontoriumdan simfizis pubisin üst kenar kısmına kadar uzanan mesafedir ve uzunluğu 11,5 cm'dir (11,14).

Konjugata obstetrika, promontoriumdan simfizis pubis orta kısmına kadar uzanır, 11 cm'dir (13).

Konjugata diagonalis, promontoriumdan simfizis pubisin alt uc kısmına kadar uzanır, 12,5-13 cm'dir (13).

Pelvisin dışarıdan ölçülen tek çapı konjugata diagonalis çapıdır. Konjugata obsetrika uzunluğu obsetrika konjugata diagonalisin uzunluğuna göre tahmin edilebilmektedir. Vajinal muayene yapılırken muayene eden elin orta parmağıyla sacral çıkıntıya ulaşılmaya çalışılır. Muayene etmeyen diğer elin işaret parmağı, simfizis pubisin alt kenar kısmının muayene yapan elin işaret parmağının metakarpofarenjial eklemine yakın olan yerleşme noktasını belirler. Konjugata diagonalisi veren bu ölçüm, genellikle konjugata obsetrikayı 1,5-2 cmye yakın geçer. Konjugata diagonalis genellikle muayene edenin parmak uzunluğundan fazladır. Bu nedenle yapılan vajinal muayenede sakrumun promontoriumuna ulaşılıyorsa, pelvis giriminin antero-posterior çapının yeterlili olduğundan söz edilebilir (11,14).

Pelvis kavitesi, üst kısımda pelvis girimi, alt kısımda pelvis çıkımı ve etrafında da pelvis duvarları olan bir bölgedir. Pelvis kavitesinin en dar çapı olarak bilinen iskial spinal arasındaki çap pelvisteki en dar çapı oluşturur. Normal boyutu 10,5-11 cm olarak ölçülmüştür. Yapılan vajinal muayenede iskial spinal belirgin olarak hissediliyorsa orta pelvis kısmında bir darlık olduğu düşüncesi oluşur. İskial spinal mesafe, fetus başının pelviste ilerlemesini takip etmek için kullanılır.

Pelvik çıkım: Önde subpubic kemer, lateralde iskial tuberositler, arkada ise sakrumun ucu ile sınırlıdır (11).

Ön-arka çap, simfisis pubisin alt uc kısmından sakrumun ucuna kadar uzanan mesafedir. Pelvis çıkımının en uzun çapıdır.

Transvers çap, iskial tuberositler arasında kalan mesafedir. Bu çap pelvis çıkımının en dar çapıdır. Normalden dar olması doğum için tehlike teşkil eder.

Posterior sagittal çap, iskial tuberositler arasında kalan mesafenin ortası ile sakrumun ucu arasında kalan çapa verilen isimdir, 8-10 cm olarak ölçülür. Çıkımdaki gözlemlenen darlık orta pelvisteki bir darlığa da işaret edeceğinden dikkat edilmelidir (12).

Pelvis Tipleri

Maternal pelvis tipi doğum sürecini etkilemektedir (14). Pelvis tipleri, girimin en geniş enine çapının arkasındaki kısmının biçimine göre değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlik dört tip pelvisin ayırıcı özelliklerini oluşturur (11).

Jinekoid pelvis; jinekoid pelvis doğum eylemine en uygun pelvis tipidir (12).Girim ovaldir, enine çap ise antero-posterior çaptan biraz daha fazladır. Girimin biçimini anlatırcasına, enine çap ile sakral promontoriuma olan uzaklığı, enine çap ile pubis simfisise olan uzaklığından biraz daha küçüktür. Düz yan duvarları, çıkıntısı az olan iskial dikenleri, eğik bir sacrumu, geniş pubis kemerinin olması nedeniyle fetusun geçişini kolaylaştıran özelliklere sahiptir. Diğer pelvis tipleri bu kadar olumlu olmayan özellikleri ile dikkat çeker. (15).

Andropoid pelvis; oval şeklindedir, iskial spinalar rahatlıklıkla gözlemlenebilmektedir. Özelliği ise anteroposterior çapının enine çaptan fazla oluşudur (10). Fetal baş genellikle oksiput posterior geliş olur ve doğum bu şekilde gerçekleşir (12,14).

Android pelvis; erkek tipi pelvis olarak bilinir, şekil olarak üçgene benzer. Pelvis kanalı huni şeklinde yukarıdan aşağıya gittikçe daralan bir yapıya sahiptir. Bu tip pelviste fetus başı posterior yada transvers yerleşir ve gerekli rotasyonu yapamaz. Genellikle rotasyon ve çekme işlemi için forseps gerekir. Vajinal doğum zor olur (12).

Platypelloid pelvis; kadın tipi pelvisin elips şeklini almış halidir. Transvers çap daha geniştir. Genellikle bu tip pelvise sahip gebelerde bebek sezaryen ile doğurtulur (12).

Doğum Objesi

Fetus başı, ölçüleri termde vücuttan daha büyüktür ve doğum eyleminde en zor olan kısımdır (11). Kafatası 4 büyük yassı kemikten oluşur. Bunlar;

- İki adet parietal
- Bir adet frontal
- Bir adet oksipital
- İki adet temporal kemiktir (12).

Kemik birleşim yerlerinde membranla sarılı olan aralıklara sütur denir. Süturların birleştiği köşelere ise fontanel denilir. Kafatası kemikleri bu sütur ve fontaneller sayesinde doğum kanalından geçerken birbirlerinin üstünden geçerek şekil değiştirebilirler. Bu durum sonucunda doğum objesi ile doğum kanalı arasında uyum sağlanmış olur. Ayrıca bu sütur ve fontanellerin doğumun izlenmesinde de etkisi vardır (12).

Fetal başta bulunan başlıca süturlar;

- Sagital sütur;parietal kemikler arasında bulunur.
- Koronal sütur; parietal kemik ile frontal kemik arasında bulunur.
- Lomboidal sütur; parietal kemikler ve oksiput kemiği arasında bulunur.
- Frontal sütur; iki frontal kemik arasında bulunur. Sagital süturun devamıdır (12,16).

Süturların birleşmesi ile oluşan fontaneller iki tanedir. Büyük fontanel ya da ön fontanel frontal, sagital ve koronal süturların birleşmesi ile oluşur. Küçük fontanel yada arka fontanel sagital ve lomboidal süturların birleşmesi ile meydana gelir. Her iki fontanel de klinik olarak anne pelvis tipine göre, fetus başının pozisyonunun anlaşılmasında yarar sağlar.

Fetus başında hayali referans köşeler bulunur. Doğumda işleri kolaylaştırmak için alınan referans köşelerden bazıları şunlardır;

• Sinsiput; frontal kemiğin üst kısmında büyük fontanelin ön tarafında kalan kısımdır.

• Bregma; elmas şeklinde ki ön fontaneldir.

• Vertex; ön fontanel ve arka fontanel arasında kalan bölümdür.

• Oksiput; küçük fontanelin arka kısmında, oksiput kemiğin üst kısmında kalan bölümdür. Posterior fontanel; arka süturların birleştiği bölümdür.

• Mentum; fetusun çene kısmıdır.

• Brow; fetusun alın kısmıdır (12,17).

Fetal kafatasında iki adet transvers çap, 4 adet ön-arka çap bulunur. Transvers çaplar;

• Biparietal çap; biparietal kemikler arasındadır ve 9,5 cm uzunluğu olması sebebiyle en uzun transvers çapı oluşturur.

• Bitemporal çap; temporal kemikler arasındadır, 8 cm uzunluğundadır.

Ön-arka çaplar ise;

• Oksipito-frontal çap; oksipital çıkıntı ile burun kökü arasında kalan mesafedir, 11 cm uzunluğuna sahiptir.

• Suboksipito-bregmatik çap; oksipital kemiğin alt kısmı ile bregma arasında kalan mesafedir, en dar ön-arka çaptır.

• Oksipito-mental çap; oksiputun üst kısmından çaşlayıp çeneye kadar uzanan mesafedir. 13,5 cm uzunlğu ile en uzun ön-arka çaptır.

• Submento-bregmatik çap; alt çene kısmın boyunla birleştiği yer ile bregma arasında uzanır ve 9,5cm uzunluğundadır (12,16).

Doğum Eylemindeki Güçler

Doğum eylemindeki en önemli unsur uterusun kasılması ve gevşemesidir (17). Fizyolojik kas kontraksiyonları arasında sadece uterusun kasılması ağrılı olmaktadır. Bu sebeple sancı olarak tarif edilmektedir (18). Sancıya neden olan unsurlar tam olarak bilinmemekle birlikte birçok görüş öne sürülmüştür;

- Kontrakte myometrium hipoksisi
- Serviks ve uterusun alt kısmının yoğun kas demetleri nedeniyle sinir gangliyonlarına kompresyonu
- Dilatasyon sonunda serviks gerilemesi
- Fundusu örten peritonun gerilemesi (13,18).

Doğum eyleminin başında gelen uterus kasılmaları düzenli ve güçlü değildir. Daha sonra kasılmalar düzenli, güçlü ve iyi koordine olmuş hale gelmektedir. Kasılmalar 2-3 dk'da bir olacak şekilde artar. Başlangıçta kasılma intensitesi 20-30 mmHg iken eylem ilerledikçe 50 mmHg ve eylem sonunda 100 mmHg'ye çıkmaktadır. Kasılmalar sonunda da çekilmeler oluşmaktadır (12,14).

Uterus duvarının üst tarafı kalınlaşır uterus alt segmenti incelir ve alanı genişler. Doğum eyleminde serviks yukarı doğru çekilir, serviksin silinip genişlemesi (dilatasyon) kasılmakta olan uterusun serviks üzerindeki traksiyonudur. Bu durumda servikal kısım, fetusun gelen bölümü üzerinde yukarı doğru çekilmekte olan incelmiş aşağı uterus segmentinin alt bölümüdür (11). Bu dönemde kasılmaların güçlü olması, valsalva manevrası

ve ıkınmanın güçlü olması doğum eyleminin gerçekleşmesine yardımcı olmaktadır (11,12,18).

Psikolojik Faktörler

Doğum eyleminde psişik faktörlerin rolü bulunduğunu gösteren belirgin örnekler bulunmaktadır(13). Gebelik döneminde yüksek anksiyete bozukluğu, fetal disstress, anormal vajinal kanama, hızlı veya uzamış doğum eylemi kontrolü için ebeveynin gebelik süresince hazırlanması önemlidir. Bu da gebelik sürecinde alınan eğitim ve danışmanlık ile sağlanır. (12).

Doğumun Evreleri

Doğum 3 evreden oluşur.

İlk evre; serviksin rahatça görülebilen dilatasyon ve efasmanını oluşturabilmek amacıyla yeterli düzeyde, şiddette ve düzenlilikte uterus kasılmalarına ulaşıldığında ilk evre başlar ve dilatasyon tamamlandığında bu evre sona erer. Doğumun en uzun evresidir (12,14).

İkinci evre; serviksin dilatasyonundan bebeğin tam doğumuna kadar geçen evredir (12,14). Bu evreye fetusun expulsiyonu denir (19,20). Bu dönem 2 saati geçmez ve anne ile fetal faktörlerden etkilenmektedir (14).

Üçüncü evre; bebeğin doğumundan sonra plesentanın doğumuna kadar geçen süredir (12-14). Bu dönem plesentanın seperasyon ve expulsiyonunu içerir(19). Plesentanın ayrılmasından hemen sonraki ilk 1 saatlik evre olarak kabul edilir (18).

Doğumun Mekanizması

Doğum ve doğum eylemi sırasında gelişen olayların sıklığını açıklamak nedeniyle birçok teori ortaya atılmıştır. Endokrin ve metabolik olaylar tam olarak açıklanamamış ancak birkaç teori üzerinde durulmuştur (14).

Oksitosin Teorisi; doğum eylemi başladığında oksitosinin bu eylemi başlattığına dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır fakat doğum eylemi başladıktan sonra oksitosinin seviyesi yükselmektedir (14). Oksitosin reseptör konsantrasyonları doğuma yakın ve travay esnasında yüksek bulunmuştur. Travay esnasında amniyotik sıvıda bulunan oksitosin seviyeleri de yüksek bulunmuştur (17,18).

Progesteron çekilme teorisi; gebelik süresince uterusa uyarıcı etkisi bulunan öströjen ile uterusu gevşetici etkisi olan progesteron arasında bir denge vardır. Bu denge gebeliğin

sonunda progesteronun çekilmesi ile ortadan kalkar. Böylece myometrial aktivite üzerine östrojenin uyarıcı etkisi daha etkin hal alır (12).

Prostaglandinler; oksitotik etkinin başlamasında uterus üzerinde önemli bir role sahiptir. Ek olarak oksitosin ve prostoglandin myometrial hücrelerde kalsiyum bağlanmasını önleyip intraselüler kalsiyum düzeyinin artışını sağlar ve kontraksiyonları aktif hale getirir (13,20).

Fetal Kortizol Düzeyi; fetal kortizol düzeyinde meydana gelen artış doğumu tetikleyen bir ajandır (12). Gap-Junction proteinleri; uterus kaslarının uyumlu ve güçlü olarak çalışıp doğum kanalından fetusu itebilmesi için hücreler arası iletişim mükemmel olmalıdır. Bu myometrial hücreler arasında gap-junctionlar bulunur (21). Gap-junctionların olmaması kasları inaktif hale getirir, bu da gebelik sürecinin devamını sağlar (13). Termde gap-junction oluşmasını sağlayan mekanizma henüz ortaya konamamıştır (13,14).

Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

Hafifleme; doğum eylemi başlamadan birkaç hafta öncesinde fetus başı gerçek pelvise yerleşir. Fundus yüksekliği eskiye nazaran aşağı inmiştir (12,13,18). Bu sürede pelvisin alt kısmı iyice belirginleşir ve bu süreçte amniyon sıvısı azalmaya başlar. Buna hafifleme denir (18).

Nişane; doğum eyleminin başladığını gösteren en masumane belirtilerden biridir. Kanlı mukuslu bir sıvının gelmesi durumuna nişane denir. Rektal ve vajinal muayene yapılmadan bile doğumun 48 saat içinde olacağını gösterebilmektedir. Vajinal kanamanın fazla olması plesental bir patoloji varlığını gösterebilmektedir (17).

Yalancı travay; gerçek uterus kasılmalarından önce annenin yalancı uterus kasılmalarını hissettiği döneme yalancı doğum travayı denir. Bu uterus kasılmaları, düzensiz olması ve kasılma sürelerinin birbirlerinde farklı olması sebebiyle gerçek doğum kasılmalarından farklıdır. Annede oluşan sancılar daha çok karnın alt kısmında ve kasık bölgesinde olmaktadır. Gerçek kasılmalarda ise ilk olarak fundustan başlar uterus boyunca yayılır ve eylem ilerledikçe belin alt kısmına yayılım gösterir. Yalancı travayda ki kasılmalar servikste incelme ve açılma sağlamamaktadır. Yalancı travay doğum travayının yaklaştığının ön belirtisidir. Çoğu kez kendiliğinden geçer fakat bazen hemen ardından doğum travayı gelişir (14).

Doğumun Aşamaları

Henüz olgunlaşmamış fetus için pelvis girim ve fraksiyon durumu için maternal pelvis uyumu çok önemli değildir. Fetusun küçük olduğu durumlarda pelvisin çapı ve biçimi önemsizdir. Fakat miadında doğumlarda durum farklıdır. Her doğum eylemin mekanizmasının özellikleri farklı olmakla birlikte, ortalama bir jinekoid tip pelvis bunun için uyumlu olmaktadır (11). Distosi terimi, doğum eyleminin normalin dışına çıktığı durumları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (12). Tüm doğumlar dikkate alındığında distosilerin rastlanma olasılığının yaklaşık %10 olduğunu söylemek mümkün olur (13).

Doğum eyleminin mekanizmalarını şöyle sıralayabiliriz;

Angajman: Fetüs başının transvers çapının annenin pelvis girimini geçmesi durumuna angajman denir. Genellikle angajman gebeliğin son haftalarında olsa da bazen travay başladıktan sonra da gerçekleşebilir (12,14,17).

İniş: Bu hareket angajman ile başlayıp bebeğin doğumuna kadar devam etmektedir. Eğer fetus başı eylemin başında angaje olmuşsa serviks dilatasyonu tamamlanıncaya kadar fetus çok az iniş gösterir. Eğer eylemin başında fetus başı angaje olmamış durumda ise iniş ilk evrede başlar (12).

Fleksiyon: Aşağı inen fetal baş ister pelvis duvarından ister serviksten isterse de zeminden kaynaklanan rezistansla karşılaşır karşılaşmaz, doğal olarak fleksiyon hareketi yapar (12,14,17). Bu hareketle sonucunda çene fetal toraksla daha yakın temas durumuna geçer ve uzun oksipitofrontal çap yerini oldukça kısa olan suboksipitobregmatik çapa bırakır (18).

İnternal rotasyon: Fetüs başı doğum kanalında ilerlerken oksiput pelvise girdiği esas yeri olan annenin sol ya da sağından yavaşça ön kısma yani simfizis pubise doğru döner. Nadir olarak da arkaya sakrum boşluğuna doğru döner. Doğum travayının normal olarak ilerleyebilmesi için iç rotasyon mecburidir. Bazen fetus normal ölçülerden küçük olduğunda internal rotasyon olmadan da doğum gerçekleşebilir. İç rotasyonun olabilmesi için fetüs başının doğum kanalında ilerleyebilmesi mecburdur. Bu sebeple internal rotasyon genellikle spinalar seviyesine gelmeden gerçekleşmez (14,18).

Ekstansiyon: İç rotasyon tamamlanıp fetüs başı vulvaya geldiğinde baş ileri derecede fleksiyon durumundadır. Fetus başının perineden çıkabilmesi için geriye doğru bükülmesi, ekstansiyon yapması gerekir. Vulva çıkışı öne ve yukarıya dönük olması sebebiyle baş ekstansiyon yapmadan normal koşullar altında sıyrılıp dışarıya çıkamaz. İleri derecede fleksiyonda olan fetüs başı ekstansiyon yapmaz ise ve itici güç fetusu itmeye devam eder ise tüm güç perineye biniyor olucaktır. Baş bu durumda iken başlıca iki itici gücün etkisi altındadır. Birincisi uterusun itme gücüdür ve arkaya doğrudur. İkincisi ise pelvis tabanının ve simfizisin oluşturduğu harekettir ve fetusun başında ekstansiyona sebep olur. Daha sonra bu basılar sonucunda perinede ve vajina çıkışında gerilme artar. Her kontraksiyonda oksipitun biraz daha büyük bir bölümü görülmeye başlar, ekstansiyon arttıkça ilk olarak oksiput daha sonra sırasıyla tepe, alın, burun, ağız ve çene birbirini takip eder ve sıyrılarak doğar. Hemen ardından aşağıya doğru döner ve çene annenin rektum bölgesine dayanır (14,18).

Eksternal rotasyon: Doğmuş olan fetüs başı daha sonra eski pozisyonuna döner. Eğer oksiput normalinde sola doğru yönelmiş ise sola döner fakat normal olarak sağa doğru yönelmişse oksiput sağa döner (12,18). Başın oblik pozisyona olan geri dönüşünü fetal cismin biakromial çapını pelvik çapına getirmeyi sağlayan bir hareket olan eksternal rotasyon takip eder. Böylece omuzun biri simfizis arkasında anterior diğeri ise posterior olarak sakruma doğru döner (14).

Ekspulsiyon: Eksternal rotasyonun hemen ardından anterior omuz simfizis pubisin alt kısmında görülür ve kısa bir süre sonra perineum posterior omuz tarafından gerilir. Omuzların doğumundan itibaren fetusun vücudunun geri kalan bölümünün doğumu hızlıca gerçekleşir (12,14).

Doğum Eyleminin Kompikasyonları

Distosi doğumun normal olarak ilerlemediğini anlatan bir terimdir. Toplumda insidansı %10 civarındadır. C/S endikasyonlarından biridir. NSD'den C/S'e dönen doğumların yaklaşık üçte birinin, tüm C/S'nin yarısının sebebini distosiler oluşturmaktadırlar (11). Doğum zorluklarının ortaya çıkmasında 4 farklı temel neden rol oynamaktadır (13). Bu nedenleri inceleyecek olursak;

1. Doğum kanalına ait nedenler,
2. Kemik pelvis darlıkları
3. Yumuşak dokulara yada komşu organlara ait anomaliler

4. Doğum objesine bağlı sebeler
    - ✓ İri bebek sendromu
    - ✓ Hidrosefali
    - ✓ Fetusun posterior gelişi
    - ✓ Derinde transvers duruş
    - ✓ Yüksekte düz duruş
    - ✓ Oblik yan duruş
    - ✓ Makat geliş
    - ✓ Başla birlikte ekstermitelerin gelmesi
5. Diğerleri

- Uterus disfonksiyonu
    - ✓ Hipotonik İnersiya
    - ✓ Hipertonik İnersiya
    - ✓ Partus Presipitatus
- Postpartum hemoraji
- Plasenta anomalileri
- Perine, vajen, serviks laserasyonları
- Uterus rüptürü
- Erken merbran rüptürü
- Preterm eylem
- Postterm eylem
- Koryoamniyonit
- Amniyotik sıvı embolisi
- Fistüller

Normal Spontan Doğumda Hemşirelik Bakımı

Anne çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri bulunan doğum sonrası bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin en temelidir.Gebeler genellikle prenatal bakımdan daha çok yararlansalar da, postpartum yararlanma oranları gelişmekte olan ülkelerden çok daha düşük olduğu görülmektedir. Prenatal bakım durumu gelişmiş ülkelerde %97'lerde iken gelişmekte olan ülkelerde %65 kadardır. Postpartum bakım durumu incelendiğinde ise; DSÖ'ye göre dünya kadınlarının %35'inin postpartum bakımdan yararlandığı belirlenmiştir (22). Ülkemizde ise postpartum bakım için veri bulunamamaktadır (23).

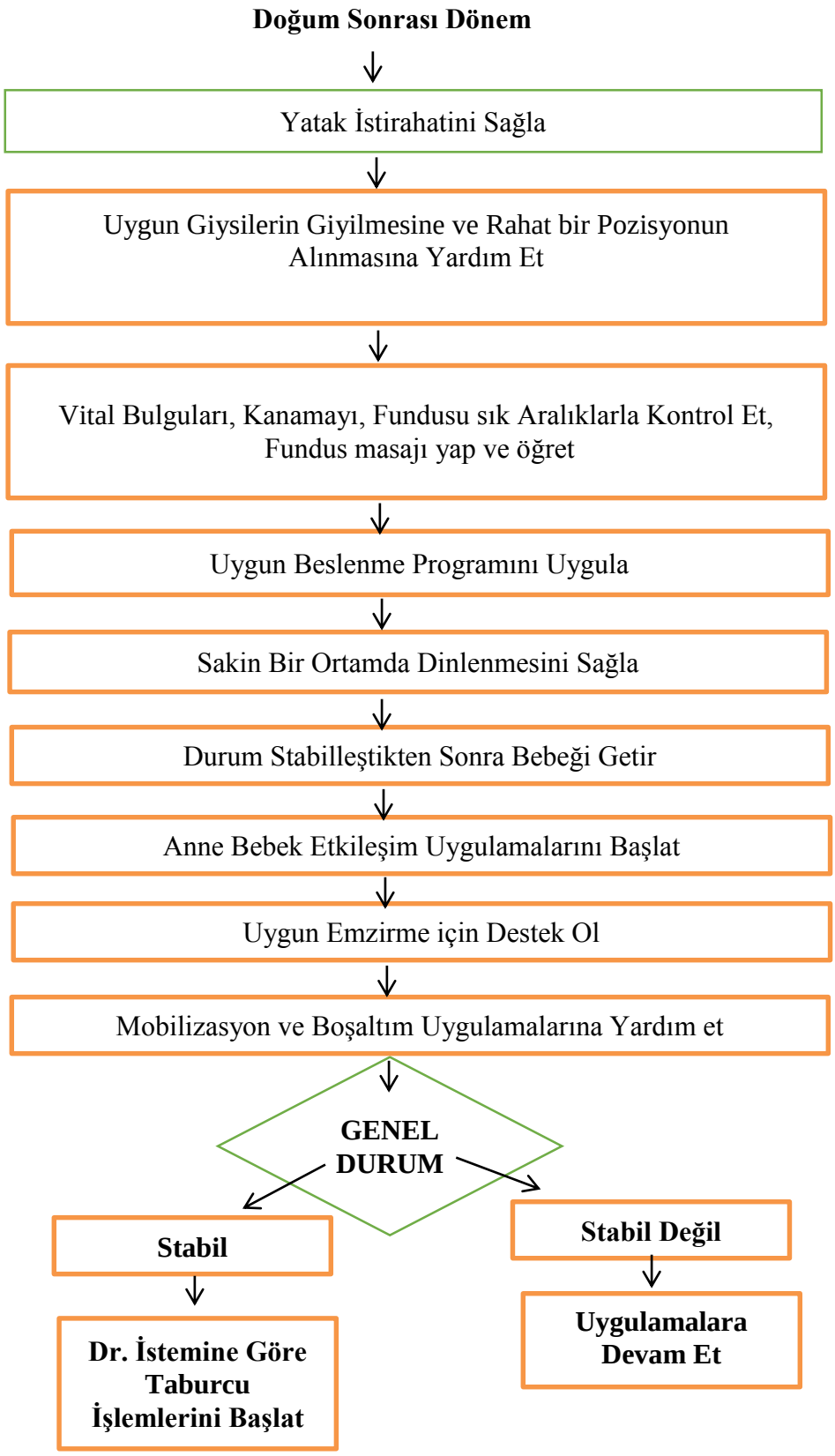
Postpartum bakımda genel olarak anne-bebek ölümleri ile hastalık nedenleri (postpartum kanama, enfeksiyon, preeklemsi) ve bunların önüne geçerek kontrol altına alınabilmesi üstünde önemle durulmaktadır.(24).

Anne, herhangi bir komplikasyon bulunmadığı ve iyilik halinin devam ettiği gözlemlendiğinde NSD'da 12-24 saatte, C/S doğumda ise 3-4 günde taburcu edilmektedir (25). Postpartum dönemde erken taburculuk, annelerin birçok sorun yaşamalarına sebep olur. Bu sorunlar ilk günden 6 haftaya kadar görülebilmektedir (26). Sağlık çalışanlarının postpartum dönemdeki lohusadan çok yenidoğana ilgi göstermeleri anne ihmallerine neden olmaktadır. Bu durum annelerin genellikle doğum sonrası dönemde yaşadıkları sorunların doğumun parçası olduğuna ve yaşamak durumunda olduklarına inanmalarına sebep olmaktadır. Bu durumda istenilen konularda sağlık çalışanlarından yeterince yardım alınamayacağı düşüncesini doğurmaktadır (24).

Anne, bebek ve aile sağlığının devam edebilmesi için doğum sonrasındaki süreçte de sosyal desteğin verilmesi, doğum sonrası dönemin sağlıklı ve sorunsuz geçmesi açısından hayli öneme sahiptir. Bu süreçte aileye tam anlamıyla fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı bir ortam sağlamak, annenin hem kendi sağlığını hemde bebek için gelişimi bilinçli olarak takip edebilmesi ve anne sütünün önemini annenin anlaması için faydalı olacağı görülmüştür. Lohusalık dönemi anne kadar aile içinde en önemli bir dönemdir.

Dünya Sağlık Örgütü 2010 verilerine göre birçok anne ve bebeğin postpartum dönemde bakım alamadığı, maternal ölümlerin ve hastalık oranlarının yüksek olduğu ve dünyada her yıl 500 bin gebenin gebelik ve postpartum dönem komplikasyonlarından dolayı ölmekte olduğu belirtildi (24,26). Doğum sonrası bakımın temelini anne ve bebeğin sağlıklı olmasını sağlamak, korumak, geliştirmek, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek oluşturur. Bu sürecin sorunsuz olarak sonlanması aile ve toplumun gelişimine de katkıda bulunmaktadır (25,26).

Doğum sonu hemşirelik bakımı doğumun hemen ardından bütüncül bir yaklaşımla planlanıp başlanmalı ve lohusanın evde de uygulayabileceği şekilde öğretilerek taburcu edilmesini içermelidir (23). Normal doğum sürecinde doğum sonrası hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şeması Şekil 1'de olduğu gibi uygulanmalıdır (27):



Şekil 1. Normal doğum sürecinde hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şeması (27)

Ayrıca doğum sonrası bakım için ülkemizde T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan doğum sonrası bakım rehberi yayınlanmıştır. Bu rehbere göre hemşirelik bakımı;

- Hastanede yapılacak bakımın ilk adımı doğum sonrası 0-1. saatler esnasında olmalı ve yapılacak bakımda şunlara bakılmalıdır:

Annenin genel durumu, kayıtlar ve verilerin kontrolü, risk değerlendirmesi, muayene ve takip, vital bulgular, kanama ve uterus değerlendirilmesi, fundus masajı, idrar çıkışı ve miktarı, kanama durumunda yapılması gereken basamaklar ve tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi ve bakımı şeklindedir (28).

- İkinci izlemin serviste ve 1.-6. saatler içinde yapılması planlanmalıdır. Bu bakımda ise;

Genel değerlendirme tekrarı, annenin postpartum yakınmalarının değerlendirilmesi, bir önceki izlemin ve kayıtların karşılaştırılması, postpartum eğitimlerinin verilmesi, vital bulgu ların değerlendirilmesi, uterus involüsyonunun değerlendirilmesi, kanama kontrolü (nitelik ve miktar olarak), genel vücut muayenesinin yapılması ve değerlendirilmesi, epizyotomi durumunun değerlendirilmesi, hematom durumunun kontrolü, inkontinans takibi, beslenme ve bakım basamaklarını kapsamalıdır (28).

- Üçüncü izlem ise 6-24. saatler arasında annenin takip edildiği serviste yapılmalıdır. Bakımda dikkat edilmesi gerekenler:

Genel değerlendirme ve annenin yakınmalarının değerlendirilmesi, vital bulgularının değerlendirilmesi, uterus involüsyonunun takibi, kanamanın miktar ve özellik takibi, ped takibi, enfeksiyon şüpheleri açısından değerlendirilmesi, idrar takibi, lohusanın yürütülmesi ve meme, perine bakımı ve kontrolü şeklindeki basamakları içermelidir (28).

Doğum sonrasın ilk 24 saatte görülebilecek komplikasyonlar ve tehlikeler belirlenmiş olup, bu şekilde standartizasyon sağlanmaya çalışılmıştır.

- Dördüncü izlemden sonra hasta uygun durumda ise taburcu edilebilir. Beşinci bakım genellikle 2-5. günlerde yapılmalı ve şunlar değerlendirilmelidir:

Uygun iletişim kurabilme, genel değerlendirme, doğum sonrası dönem hakkında bilgi sahibi değil ise bilgilerinin alınması, annenin şikayetlerinin değerlendirilmesi, kanama durumunun değerlendirilmesi, idrar şikayetleri ve takibinin değerlendirilmesi, ağrı şikayetlerinin değerlendirilmesi, barsak faaliyetlerinin değerlendirilmesi, aile içi şiddet belirtilerinin varlığının gözlemlenmesi, psikolojik durumun değerlendirilmesi, muayene, bilgilendirme ve eğitim değerlendirilmesi yapılmalıdır (28).

- Beşinci değerlendirme taburcu olan annenin doğum sonrası 15. günde sağlık kuruluşunda yapılmalı ve bu izlemde;

Diğer izlem basamaklarına ek olarak cinsellik ve aile planlaması eğitimlerinin verilmesi ve inkontinans bulgularının değerlendirilmesi yapılmalıdır.

- Altıncı bakımda doğumu takip eden 6. haftada yapılmaktadır. Bu izlemde;

Diğer izlemlerdeki basamaklara ek olarak disparoni şikayetlerinin ve aile planlamasının değerlendirilmesi, anne sütü ve emzirme eğitimi, psikolojik durumunun değerlendirilmesi yapılmalıdır.

SEZERYAN DOĞUM

Sezeryan operasyonu, yaşayan bir fetusun karın alt kısmına Pfannenstiel adlı bir kesi yapılarak uterus kesisinden doğurtulması işlemidir. Benzer anlama gelen "sezeryan" ve "section" sözcüklerinin bir arada kullanılmaması gerekir. Bu nedenle sezeryan doğumu demek daha doğru olur. Abdominal gebelik, uterus cerrahileri ve düşük vakaları durumunda yapılan küretaj ve histerektomi operasyonları bu söyleyiş kapsamına girmemektedir (29-31).

Sezeryan Doğumun Endikasyonuları

Doğum eylemi anne ve fetus için risk teşkil ettiği zamanlarda, doğumun gerekli olduğu ama doğum eyleminin başlamadığı durumlarda, distosi ve fetal özelliklerin belirgin risk teşkil ettiği durumlarda ve NSD'un kontraendike olduğu hallerde ve acil bir durumun hızlı bir şekilde doğumu gerektirdiği fakat vajinal yolla doğumun gerçekleşemeyeceği durumlarda sezeryan yapılması endikedir (32).

Sezaryan için endikasyonlar ikiye ayrılmaktadır (29-32).

Tablo 1. Sezeryan Endikasyonları (29-32)

Onaylanmış Endikasyonlar	Tartışmalı veya Selektif Endikasyonlar
• Başarısız indüksiyon ✓ Sefalopelvik uyumsuzluk ✓ Eylemin ilerlemeyişi ✓ Kanıtlanmış fetal distres ✓ Plasentanın erken ayrılma durumu ✓ Plasenta previa • Abdominal serklaj varlığı • Doğum yolunda engel varlığı • Aktif genital herpes enfeksiyonu • Umblial kord prolapsusu • Bileşik (yapışık) ikizler	• Makat gelişi • İmmün trombositopeni • Şiddetli Rh immünizasyonu • Büyük konjenital fetal anomali varlığı • Serviks karsino durumu • Öyküde vajinal kolporafi • Vulvada büyük kandilomalar

Bu endikasyonlar yıllar içinde değişmekte ve tartışılmaktadır. Birçok endikasyon artık yerleşmiş ve hala bir kısmı kişisel olmaya devam etmektedir. Bu uygulamalar hastalara selektif uygulanmaktadır. Sezaryanların çoğu fetal endikasyonlardan uygulansa da bir kısmı maternal neden ve bir kısmı da hem fetal hem de maternal nedenlerden dolayı yapılmaktadır. Endikasyonların kapsamlarının genişletilmesi ile birlikte sezaryan doğum sayesinde serebral palsi gibi diğer uzun süreli özürlerin azaldığı ne yazık ki öne sürülmektedir (29,32).

Sezeryan Doğumun Kontrendikasyonları

Sezeryan endikasyonları kontrendikasyonu gerçek bir endikasyonun bulunmamasıdır. Ölü fetus, karın duvarının enfeksiyon durumu, annede eklampsi gelişmesi, yeterli olanakların bulunmaması kontrendikasyon olarak öne sürülmüştür. Bu durumda yarar zarar oranı gözetilerek yapılması daha uygun olacaktır (29-32).

Sezeryan Doğum Komplikasyonları

Sezeryan doğum yönteminde komplikasyonların daha az rastlandığı dile getirilsede yine de bazı ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonların da büyük bir kısmı annede görülmektedir. Bebek doğarken bebekte asfiksi ve atelektazi görülürken; annede hemoraji, infeksiyon, karın distansiyonu, ileus, pulmoner emboli, trombofilebit, endometrit, mesane-üreter yaralanmaları ve fistül gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (32,33).

Maternal Mortalite

Maternal mortalite ve morbidite normal doğuma göre sezaryan doğumda daha fazla meydana gelmektedir. Bu da hem cerrahi komplikasyonlara hem de abdominal operasyona bağlı risklere bağlanmaktadır (33). Sezeryanda mortalite oranı 100.000'de 40-80 arasında söylense de endikasyon dışında çok fazla sezeryan yapıldığı için bu rakamları yorumlamak çok doğru olamamaktadır (34).

Perinatal Mortalite

ABD gibi gelişmiş ülkelerde sezeryan doğumun sık olduğu dönemde perinatal ölümlerin azaldığı gözlemlense de gelişmekte olan ülkelerde bu oranlarda değişim görülememiştir (17).

Sezeryan Doğumda Hemşirelik Bakımı

Doğum öncesinde servise gelen gebe, hasta karşılama ilkelerine uygun biçimde servise kabul edilir. Kabul edilen gebe acil olarak ya da planlı olarak sezaryana alınabilmektedir. Bu durumda eşi ve gebeye neden sezaryan planlandığı, neden gerekli olduğu, yapılacak operasyon, operasyonun komplikasyonları ve postoperatif olarak neler yapılacağı konusunda bilgi verilir. Daha sonra hasta hemşirelik bakımına alınır. Vital bulguları takip edilir, fetal değerlendirmesi yapılır ve öyküsü alınır (7,35,36).

Gebenin operasyondan 12 saat önce oral alımı kapatılır. İntravenöz yolla mayi desteği verilmeye başlanır. Lavman ile barsak temizliği yapılmaya başlanır. Foley sonda uygulaması ile mesane boşaltımı sağlanır. Operasyon için gerekli ise abdomen ve perine bölgesi temizliği yapılır. Bu işlemler yapılırken her aşamada anne bilgilendirilir (7,35,36).

Postoperatif dönemdeki bakım ise annenin doğum sonrası döneme uyumunu kolaylaştırır. İyileşmeyi hızlandırmakta, komplikasyon gelişmesini azaltmaktadır (7,35,36). Sezeryan sonrası bakımda, doğum öncesi ve doğumda sezaryene neden olan hastanın yaşı, destekleyici sistemleri, olayın ilk olup olmayışı, olaya hazırlanmış olma durumu gibi etmenler önemli rol oynar (7,35,36). Annenin ve bebeğin postoperatif dönemi sağlıklı ve huzurlu olarak geçirebilmesi nedeniyle, ameliyathaneden çıkmadan önce doğum sonu bulunacakları odanın fiziki koşulları ayarlanmalıdır. Operasyondan çıkan anne uygun olarak karşılanmalı ve giydirilmesinden, ilaç uygulamalarına kadar her aşamada mahremiyetine özen gösterilmeli ve her konuda bilgilendirilmelidir. Anne ve bebeğin yaşam bulguları yakından takip edilmeli ve annenin bu döneme uyumunu sağlamak için doktor istemine göre analjezikler verilerek ağrısı giderilmelidir. Anne-bebek etkileşimini sağlamak önemlidir. Anne kendine gelir gelmez bebeğini görmesi ve ilk yarım saat içerisinde bebeğini emzirmesi sağlanmalıdır. Uterus involüsyonu değerlendirilmeli, fundus yüksekliğine bakılmalı, uterus sertlik ve kıvam açısından takip edilmelidir. Loşia koku, renk ve miktar açısından değerlendirilmeli ve kanama kontrolü yapılmalıdır (7,35,36).

Erken mobilizasyonun sağlanması; barsak hareketlerinin başlaması, dokunun daha hızlı iyileşerek ,ameliyat sonu komplikasyon meydana gelme riskini azaltması bakımından çok yüksek önem arz eder. Bu nedenle ilk 8 saat içinde yatak içi egzersizlerin yapılması ve 8-10 saatin sonunda ise hastanın mobilize edilmesi gereklidir. Barsak hareketleri aktifleşinceye kadar anne oral almaya başlamamalıdır. Bu aşamada sıvı elektrolit dengesini korumak amacıyla intravenöz solüsyonlarla anne desteklenmeli ve aldığı-çıkardığı takibi 8 saat yapılmalıdır. Sonda çıkarıldıktan sonra spontan idrar çıkışının olup olmadığının kontrolü

yapılmalı ve ilk 24 saat içerisinde derin soluk alma ve öksürme çalışmaları yapılarak annenin involüsyon süreci desteklenmelidir (5,35,36). Postpartum dönemde gelişebilecek komplikasyonlar sebebiyle anne ve bebek yakından takip edilmeli ve bu konuda anneye eğitim verilmelidir. Annenin kanama takibi, banyo, perine bakımı, dikiş yeri (insizyon) bölgesi bakımı, anne sütü ve emzirme, aile planlaması, yenidoğan bakımı (göbek bakımı, banyo), doğum sonrası anne ve bebekte oluşabilecek tehlikeli durumlar, postpartum egzersizler gibi konulardaki bilgi durumu değerlendirilmeli, var ise eksik olan kısımlar tamamlanmalı, anne taburculuk için hazırlanmalıdır. Hem operasyon öncesi dönemde hem de operasyon sonrası dönemde verilen tüm bakımların ve tedavilerin geliştirilen standartlara uygun olarak yapılması ve gerekli kayıtların tutulması oldukça önemlidir (5,35,36).

KARAR VERME VE KARAR VERME STİLLERİ

Karar Verme

İnsan davranışlarını anlama ve açıklama psikolojinin ilgi alanlarının temelini oluşturmaktadır. Bu konuda kuramsal yaklaşımlar incelendiğinde insan davranışının karmaşık bir yapı içinde olduğu kanısına varılabilir. Karar verme bu kkarmaşık yapının son adımını oluşturmaktadır (37,38).

Karar verme insanın zihinsel sürecinin en önemli kabiliyetlerinden birini oluşturur. Karar verme eylemi insana özgü bir davranış olup, tüm yaşamı bilinçli ya da bilinçsiz olarak verilen kararlarla devam etmektedir. Bu süreçte doğru kararlar olumlu yönde yaşamı etkilerken, yanlış kararlar yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenden dolayı insanlar gün içinde defalarca karar verme ile karşı karşıya kalmaktadır. Tabi ki alınan kararlardan bazıları önem derecesine göre bir süre detaylı düşünmeyi gerektirir. Karar verme sürecinde içinde bulunulan teknoloji, siyasi ve çevresel gelişmelerin karar vermeyi karmaşık hale getirdiğini bilmekteyiz. Doğum şekli konusunda da bu faktörlerden etkilenmemenin kaçınılmaz olduğu düşüncesine varılmaktadır (37-39).

Karar verme, belirli bir amaç için mevcut şartlar altında ortaya konulan bir kaç seçenekten bir tanesini seçme eylemidir. Karar verme fikri başlangıçta karmaşık bir işlem gibi görülmeyebilmektedir. Çalışmalara bakıldığında, insanların karar vermede görülenden daha güçsüz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karar vermenin ne ile ilişkili olduğunun anlaşılması alınan kararın başarılı olmasını sağlayacağı görülmüştür (37,38,40).

Karar vermede toplumsal yaşamın karmaşıklaşması ve bireyin seçeneklerinin artması seçme işlemini güçleştirmektedir (41).

Karar Vermeyi Etkileyen Faktörler

Problemin algılanmasını iç (intemal) ve dış (ekstemal) faktörler etkilemektedir:

İç (internal) faktörler: Karar vericinin fiziksel ve duygusal durumu, kişisel özellikleri, kültürel-sosyal-felsefı geçmişi, geçmiş deneyimleri, bilgisi ve tutumlarını içerir. Örneğin bireyin, benlik saygısı ve kendine güveni problem çözme ve karar vermede risk alabilme durumunu etkilemektedir (42,43).

Dış (ekstemal) faktörler: Çevresel koşulları ve zamanı kapsar. Zamanın kısa olması ve çevrenin "her zaman bu yoldan yapıyoruz" şeklindeki tutumları karar verme seçeneklerini sınırlandırmaktadır (44).

Payne, Bettman ve Johson (1993)'a göre sosyal etmenler karar verme davranışını etkileyebilmektedir. Örnek olarak, fertler aile bireylerine , arkadaşlarına, yakın çevrelerine karşı kendilerini sorumlu hissetmektedir ve bu sorumluluk duygusu nasıl karar verileceğini etkilemektedir (15).

Fertlerin karar verme sürecini etkileyen durumlar ise açık (overt) ve kapalı (covert) faktörler şeklinde tanımlanmaktadırlar. Karar verme sürecinde açık faktörler, düşünce sistemleri veya mekanik adımlardır. Bu adımlarda karar verme modelleri kullanılmaktadır. Karar verme modelleri verilerin toplanması, alternatiflerin belirlenmesi ve seçimlerin yapılması için sistematik bir yol sağlamaktadır. Kapalı faktörler sübjektif (soyut) faktörler olarak da bilinmektedirler. Bu faktörler açık faktörler kadar kesin ve net değildirler. Bu yüzden bireyin kendi karar verme biçimini analiz etmek zor olmaktadır. Kapalı faktörlerde; karar vericinin değerleri, benlik saygısı, rolleriyle görev tanımları, motivasyonu ve karar verme gücü yer almaktadır. Fertlerin karar verme gücü ne kadar kuvvetli ise, kararlarını daha bağımsız ve rahat verirler. Özellikle de bu süreçte yeterli zaman sağlandığında sonuçları daha etkili olmaktadır (44).

Bireysel sapmalar karar verme davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Çok seçenekli kararlar fertler açısından daha fazla zorluk çıkarmakta ve fertlerde strese yol açar. Aynı zamanda bu karar karmaşıklığı ferdi karar vermede olumsuz etkiler (13). Bireysel sapmaların yanında, kültürlerin birbirine benzemeyen değer yargıları, toplumsal özellikleri ve tutumları da karar verme ve problem çözme davranışı üzerinde etkili olabilir. Ancak, temel bazı ihtiyaçlar göz önüne alındığında karar verme aktiviteleri evrensel bir süreç olup, kullanılan stratejiler değişkenlik gösterebilir. Kararlar arzulanan sonuçlara ulaşmak için verilir. Fakat

bazen alınacak bir karar birden fazla sonuca sebep olabilir. Ortaya çıkacak sonuçların neler olabileceği bazen bilinirken bazen bilinemeyebilir. Sonuçların bilinir olma derecesinin yüksekliği ölçüsünde karar verme hızlanır, belirsizliği oranında ise karar verme süresi zorlaşarak uzamaktadır. Primipar gebelerin, doğum eylemi ve ilerleyişi konusunda belirsizlik yaşamalarından dolayı, doğum şekli kararlarında güçlük yaşadıkları düşünülebilir (13).

Karar Verme Stilleri

Özel bir karar verme problemi için nasıl bir karar stratejisinin başarılı olaracağına yönelik üç temel faktör belirleyici olmaktadır; karar probleminin özelliği, bireyin özelliği, sosyal koşulların özelliğidir (45).

Karar verme sürecini anlama ve sürecin öğelerini açıklama pratikteki faydaları sebebi ile çok önem arz eder. Süreçteki bireysel farklılıkların önemli nedenlerinden biri de karar verme tarzlarıdır. Dolayısı ile, bireylerin kararlarında neyi baz alarak nasıl karar verdikleri önemlilik kazanmaktadır. Karar verme süreci kişiye bağlıdır. Çünkü, karar verme sürecinde bireylerin izlediği yöntem ve kişilik özelliği önem taşır (13). Örneğin; kendi değerini bilip, yetenekleri konusunda doğru bir bilgiye sahip ve güçlü yönlerine güvenen birey karar alma sürecinde daha gerçekçi davranacak ve başarılı olacaktır. Bu örnekten de görüleceği üzere karar verme sürecinin baskın değişkeni, kişinin kendine olan öz saygısı ve güvenidir.

Karar vermenin; aile içinde nasıl ele alındığı, mesleki rehberlik alanında mesleki olgunlukla ilişkisi, farklı gelişim evrelerinde gösterilen özellikler ve kültürlerarası çalışmalarda da gruplar arası farklılaşıp farklılaşmadığı dikkat çeken araştırma konuları olmuştur. Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmalarda , Kuzgun tarafından Karar Verme Stilleri Ölçeği'ni geliştirmesi ile öne çıktığı söylenebilir (21).

Kuzgun'da karar verme stratejilerini içtepisel, mantıklı, kararsız ve bağımsız olmak üzere dört başlık altında toplamıştır. İçtepisel karar verme stratejisi; seçenekler üzerinde gerektiği kadar düşünmeden, içten geldiği şekilde karar verme şeklidir. Çoğunluğu kendilerine sunulan ek seçenekte hemen karar verirler. Mantıklı karar verme stratejisi; karar verirken seçenekleri dikkatle irdeleyerek, her birinin olumlu ve olumsuz yanlarını değerlendirme ve bunun sonucunda bir karara ulaşma sürecidir. Bağımsız karar verme stratejisi; başkasından yardım almadan kendi başına karar verebilmektir. Kararsızlık ise, verdiği kararı hemen değiştirmek isteme,aldığı hiçbir karardan hoşnut olmama durumu olarak tanımlanmaktadır. Kültürümüzde kızların daha kontrollü davranmaları yolundaki beklenti

dolayısıyla onlara spontan karar verme hakkının daha az tanınması, içtepisel karar puanlarının erkeklerinkinden daha düşük çıkmasına yol açmış olabileceğini belirtmektedir (21).

Deniz'in (46) yaptığı çalışmaya göre bireyler karar verme sürecinde; dikkatli, kaçımgan, erteleyici ve panik karar verme stillerini kullanır. Dikkatli karar verme stilini uygulayan bireyler, karar vermeden önce bilgi ile ilgili özenli araştırmalar yapar ve alternatifleri dikkatlice değerlendirdikten sonra seçim yapar. Kaçımgan karar verme stilini uygulayan bireyler; karar vermekten kaçınır, kararları başkalarına bırakma eğilimindedirler. Böylece sorumluluğu bir başkasına devrederek karar vermekten kaçmaya çalışırlar. Erteleyici karar verme stilini uygulayan bireyler; kararı sürekli erteleme, geciktirme ve sürüncemede bırakmaya çalışırlar. Kararı geçerli bir neden olmaksızın sürekli ertelemeye çalışırlar. Panik karar verme stilini uygulayan bireyler ise bir karar durumuyla karşı karşıya kaldıklarında kendilerini zaman baskısı altında hissederler. Bunun sonucu olarak ta düşüncesiz davranışlar sergileyip acele çözümlere ulaşma eğilimindedirler (17).

Doğum Şekline Karar Verme

Gebe birey son trimestırda artık doğumu düşünmekte ve nasıl olacağını merak etmektedir. Anneler bir yandan gebelik sürecinin bitmesini isterken diğer yandan da doğum yaklaştıkça ürkmekte ve gelmesini istememektedirler. Ülkemizde endikasyonu dışında sezaryan doğumun önerildiği, konforunu arttırmaya çalışmak ve özel sağlık merkezlerinin hasta sayılarını artırmak amacıyla ağrısız doğum reklamını yaptığı günümüz düşünüldüğünde annelerin doğum eyleminin tipine karar vermede yaşadığı anksiyeteyi daha fazla artırmaktadır (47). Bu durumda doğru ve yeterli desteklenmeyen gebeler karar vermekten kaçınmakta, karar verme işlemini çevresindeki kişilere ve hekime bırakmaktadır (46).

Weaver ve ark'nın (48) yaptıkları çalışmada, ulusal sezaryen oranının artışında etkili bulunan önemli bir neden olan annenin isteminden bahsetmektedir. Görünürde kendi isteği ile sezaryen tercih etmenin altında yatan birçok sebep vardır. Bu etmenler; hekiminin yönlendirmesi, kişinin sosyo-demografik özellikleri, sosyal statüsü, çalışma durumu ve kişisel özellikleri olur. Bu nedenle sezaryen artışını inceleyen çalışmalarda da sıklıkla doğum şekli tercihi ve etkileyen etmenler üzerinde durulmuştur (36).

Vusse'nin (49) yaptığı çalışmada gebelerin gennel olarak tek taraflı katılımlı karar verme durumları yaşadıklarını belirlemiş olup, sonucunda gebelerin olumsuz duygular yaşadıkları saptanmıştır. Gebe kadınlara tercihleri sorulduğunda, hekim ve hemşire tarafından karara katılmalarına fırsat verildiğinde olumlu duygular yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar

doğrultusunda aynı çalışmada, perinatal bakım uygulayan kişilerin emir verici olmamaları, bilgilendirici ve gebelere karar verme sürecinde destekleyici olmaları, eşlerin beraber bulunduğu, kolay karar vermelerini sağlayıcı ortamların oluşturulması önerilmektedir (49).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, Çerkezköy'de özel bir hastanede doğum yapan primipar kadınların doğumu algılama düzeylerini ve doğum yöntemi tercihlerini belirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Tekirdağ İlinin Çerkezköy İlçesinde bulunan Özel Optimed Hastanesi'nde yapılan bu araştırma 01 Ekim 2014 – 01 Haziran 2015 tarihleri arasını kapsamaktadır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde Özel Optimed Hastanesi'nde ilk doğumunu yapan anneler oluşturdu (N:627). Örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmaya, dahil edilme kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden annelerin hepsi dahil edildi (n:250).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- İlk doğumunu yapmış olmak,
- Doğum sırasında anne veya bebekte bir sorun oluşmaması,
- 18-45 yaş arasında olmak,
- Sağlıklı ve tek canlı doğum yapmış olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Birden fazla doğum yapmış olmak,
- Doğum sırasında anne veya bebekte bir sorun oluşması,
- 18 yaş altı, 45 yaş üstü olmak,
- İntrauterin ex bebeğe sahip olmak,
- Çoğul gebeliğe sahip olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- ✓ Anne adaylarının doğum tercihlerini belirlerken göz önüne aldıkları etkenler nelerdir?
- ✓ Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin doğum şekline etkileri nelerdir?
- ✓ Gebelik süresince alınan eğitimlerin doğum tercihlerine etkisi bulunmakta mıdır?

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırma için;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu 22.10.2014 tarihli ve 19/07 karar nolu Etik Kurul izni,.

Özel Optimed Hastanesi'nden kurum izni alındı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin sözel onamları alındı ve yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın tek bir hastanede yapılması ve özel hastane olması sebebiyle geniş bir kitleye ulaşılamamıştır. Araştırma sonuçları bu nedenle tüm doğum yapan annelere genellenemez.

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Literatür bilgisine dayanarak araştırmacı tarafından oluşturulan Anket Formu ve Annenin Doğumu Algılama Ölçeği, annelere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

Anket Formu

Annenin demografik özellikleri (yaşı, çalışma durumu, eğitim durumu, medeni hali, evlilik süresi), eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin tipi, yaşadığı yer, ekonomik durumu, sosyal güvence durumu, annenin gebelikle ilgili özgeçmişi (annenin gebelik sayısı, düşük ve küretaj sayısı, gebelikte problem yaşayıp yaşamadığı, hastanede yatıp yatmadığı, sezeryan olmasına sebep bir durumun olup olmadığı), anneye doğum şeklini seçme kararında etkili sebepler (karar vermesinin etkileyen kişiler, tercih ederken dikkate aldığı durumlar) ve gebelik takibini yaptırdığı sağlık kuruluşu sorularak cevaplaması istenen 28 sorudan oluştu.

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (Perception of Birth Scale-POBS)

Annelerin normal doğumlarda veya planlanmamış sezeryan ile doğumlarda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarını ölçen bir araçtır. 1979 yılında Marut ve Mercer tarafından 29 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesinde, Samko ve Schoenfeld'in bu amaçla kullandığı 15 maddelik bir ölçekten ve Marut'un yaptığı bir pilot çalışmadan elde edilen bulgulardan yararlanmışlardır. 1983 yılında Cranley, Hedahl ve Pegg bu ölçeğin planlı sezeryan doğumlarda da kullanılabilmesi amacıyla 28 maddelik bir şeklini geliştirmiştir. Son olarak Fawcett'in 1996'da yaptığı faktör analizi çalışmalarıyla POBS, 25 maddelik ve 5 alt boyutlu likert tipi bir ölçek haline getirilmiştir (50,64).

Ölçeğin alt boyutları;

Doğum Anındaki Deneyimler (Delivery Experience)-7 madde (3,5,6,8,15,17 ve 18 numaralı sorular) (Ek-4)

Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler (Labor Experience)-7 madde (1,2,4,7,9,10 ve 16 numaralı sorular) (Ek-4)

Doğum Sonu (Delivery Outcome)-4 madde (19,22,24 ve 25 numaralı sorular) (Ek-4)

Eşin Katılımı (Partner Participation)-4 madde (11,12,20 ve 21 numaralı sorular) (Ek-4)

Farkında Olma (Awareness)-3 madde (13,14 ve 23 numaralı sorular) (Ek-4)

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nde maddeler 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. 1-Hiç, 2-Biraz, 3-Orta, 4-Çok, 5-Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanabilmesi için her maddeden alınan puan toplanır. Ancak 15-16-17-18-19 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiğinden bu sorularda puanlama ters yönlü olarak yapılır. Ölçekten alınan puanın artması annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı anlamına gelir.

Marut ve Mercer'in geliştirdiği 29 maddelik ilk şeklinde Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Planlı, plansız sezeryan doğumlar ve normal vajinal doğumlar üzerinde yapılan değişik çalışmalarda Cronbach alpha değerleri 0.76 ile 0.87 arasında değişmektedir (50,75,76). Fawcett'in faktör analizi çalışmaları sırasında ölçeğin 25 maddelik son versiyonu için elde ettiği Cronbach alpha değeri 0.85'dir (50).

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nin Türkçe'ye çevrilmesi ve geçerlilik güvenirlik çalışması 2015 yılında Çetin ve ark (51) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliliği değerlendirilmiş iç tutarlılığı, Cronbach Alpha, madde toplam puan korelasyonları ve iki yarım test yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Cronbach alpha değeri 0.90 ve iki yarım test yöntemi ile elde edilen alpha değerleri 0.83 ve 0.81 bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,83 olarak bulundu.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde) kullanıldı.

Demografik özeliklerin belirlenmesi için sayı, yüzde ve ortalamalar, ortalamaların karşılaştırılmaları için Kruskal-Wallis, t testi, Post Hock ve Mann-Whitney U analiz testleri kullanıldı. Ölçeğin güvenirlik analizi yapılırken de Cronbach's Alpha testi kullanıldı.

Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda hastaların demografik özelliklerinin incelenmesinde; %53,2'sinin (n=133) 25 yaş ve altında olduğu görüldü. Hastaların %69,6'sının (n=174) çalışmadığı, %37,6'sının (n=94) lise mezunu olduğu, %99,6'sının (n=249) evli olduğu, %90,8'inin (n=227) 5 yıldan daha kısa süredir evli olduğu tespit edildi. Ayrıca hastaların eşlerinin demografik özellikleri incelendiğinde %61,6'sının (n=154) lise mezunu olduğu, tamamının çalışıyor olduğu belirlendi. Hastaların %72,4'ünün (n=181) ilçede yaşadığı, %52'sinin (n=130) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %92,4'ünün (n=231) sağlık güvencesinin olduğu görüldü (Tablo 2).

Gebelerin gebelik ile ilgili öyküleri sorgulandığında; %73,6'sının (n=184) bir gebeliğinin olduğunu, %18,4'ünde (n=46) düşük, %11,2'sinde (n=28) küretaj öyküsünün olduğunu, %42'sinin (n=105) gebeliğinin planlı olmadığını, %8,4'ünün (n=21) infertilite tedavisi aldığını, %24'ünün (n=60) gebelikte problem yaşadığını ve %14,4'ünün (n=36) hastanede yattığı tespit edildi. Ayrıca hastaların %36,4'ünün (n=91) takiplerini devlet hastanesinde yaptırdığı ve %7,2 (n=18) takiplerini yaptırmadığı bulundu. Bu gebelerin %85,2'si (n=213) gebelik hakkında bilgi almış, %11,6'sı (n=29) sezaryan olmayı gerektirecek bir patoloji yaşadığını ve %89,2'sinin (n=223) doğumun normal vajinal doğum planlandığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 2. Hastaların ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=250)

Parametre	n	%
Yaş		
25 ve altı	133	53,2
26-35	101	40,4
36-45	16	6,4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	76	30,4
Çalışmıyor	174	69,6
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	23	9,2
Okur yazar	26	10,4
İlk-okul mezunu	20	8,0
Orta-okul mezunu	55	22,0
Lise mezunu	94	37,6
Üniversite mezunu	32	12,8
Medeni durumu		
Evli	249	99,6
Bekar	1	0,4
Evlilik Süresi		
5 ve altı	227	90,8
6-10	16	6,4
10-15	7	2,8
Aile Tipi		
Çekirdek tipi aile	184	73,6
Geniş aile	66	26,4
Ekonomik Durumu		
Kötü	2	0,8
Orta	130	52,0
İyi	96	38,4
Çok İyi	22	8,8
Sağlık Güvencesi		
Var	231	92,4
Yok	19	7,6
Yaşadıkları bölge tipi		
Köy	5	2,0
Kasaba	48	19,2
İlçe	181	72,4
İl	16	6,4
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur-yazar	1	0,4
İlkokul mezunu	3	1,2
Ortaokul mezunu	60	24,0
Lise mezunu	154	61,6
Üniversite mezunu	32	12,8
Eşinin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	250	100,0
Çalışmıyor	0	0

Tablo 3. Gebelerin gebelik anamnezleri (n=250)

Parametre	n	%
Gebelik Sayısı		
1	184	73,6
2	48	19,2
3	12	4,8
4	4	1,6
5	2	0,8
Düşük Öyküsü		
Evet	46	18,4
Hayır	204	81,6
Küretaj Öyküsü		
Evet	28	11,2
Hayır	222	88,8
Gebeliğin planlı olup olmadığı durumu		
Evet	145	58,0
Hayır	105	42,0
İnfertilite tedavisi durumu		
Evet	21	8,4
Hayır	229	91,6
Gebelikte problem yaşama durumu		
Evet	60	24,0
Hayır	190	76,0
Gebelik Takibini Yaptırma Yerleri		
Takip yaptırmadım	18	7,2
Aile Sağlığı Merkezi	21	8,4
Devlet Hastanesi	91	36,4
Tıp Fakültesi	31	12,4
Özel Hastane	89	35,6
Gebelikte Hastanede yatma durumu		
Evet	36	14,4
Hayır	214	85,6
Gebelikte doğum şekilleriyle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	213	85,2
Hayır	37	14,8
Sezeryan olmayı gerektiren bir problem yaşandı mı?		
Evet	29	11,6
Hayır	221	88,4
Planlanan doğum şekli		
Normal vajinal doğum	223	89,2
Sezaryan doğum	27	10,8

Anneleri, normal doğuma %33,6 oranında, sezaryanla doğuma %20,0 oranında yönelten kişinin komşusu ya da arkadaşı olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Doğum şekline karar vermede anneyi etkileyen kişiler

Doğum Şeklini Etkileyen Kişiler*	Normal doğum (n=223)				Sezeryan (n=27)			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendi kararı	128	51,2	45	18,0	59	23,6	18	7,2
Annesi	48	19,2	125	50,0	15	6,0	62	24,8
Eşi	65	26,0	108	43,2	15	6,0	62	24,8
Yakın akrabaarı	29	11,6	144	57,6	5	2,0	72	28,8
Kayınvalidesi	7	2,8	166	66,4	2	0,8	75	30,0
Doktoru	60	24,0	113	45,2	23	9,2	54	21,6
Komşusu/arkadaşı	84	33,6	89	35,6	50	20,0	27	10,8
Sağlık personeli olan akraba/arkadaşı	30	12,0	143	57,2	6	2,4	71	28,4
Diğer	17	6,8	156	62,4	13	5,2	64	25,6

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Normal doğum planlanan annelerin doğum konusundaki düşünceleri öğrenilmek amacıyla çeşitli sorular soruldu ve yanıtlar incelendi. Gebelerin %50'si doğumu kolay bir şekilde yapıp doğum sonrası sürece daha çabuk geçmeyi istediği; %49,6'sı doğum sonrası iyileşmenin daha kolay olacağını düşündüğü; %24,4'ü anne için NSD'nin daha sağlıklı olacağını düşündüğü; %13,6'sı çevresindekilerinin önerilerine uyduğu; %16,4'ü sezaryan/ameliyattan korktuğu; %45,6'sı bebekler için NSD'nin daha sağlıklı olacağını düşündüğü; %49,6'sı doktorların önerisiyle; %45,6'sı doğal yöntem olduğunu düşündüğü; %100'ü doğum deneyimini yaşamak istemediği ve %18'i aile ve eşinin isteği ile NSD yöntemini seçmek istediği belirlendi (Tablo 5).

Hastalar arasında sezaryan planlanan hastalara planlanan yöntem hakkında bilgi düzeyleri sorgulandığında; %51,9'unun doğumdan ve doğum ağrısından korktuğu, %89,9'unun bebek için sağlıklı olmayacağını düşündüğü, gebelerin %89,9'unun sağlık problemleri olduğu için sezaryanı seçtiği ve %74,1'inin bebeğinin kıymetli olduğu ya da tedavi sonrası bebek sahibi olduğu tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Normal Spontan Doğum ve Sezeryan planlanan hastalarda doğum şekline karar vermede etkili faktörler

Etkenler*		Var		Yok	
		n	%	n	%
NSD	Daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemin daha ağrısız geçeceğini düşünme	125	50,0	125	50,0
	Doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme	124	49,6	126	50,4
	Anne için daha sağlıklı olacağını düşünme	61	24,4	189	75,6
	Çevredekilerin öneri ve tavsiyeleri	34	13,6	216	86,4
	Sezeryandan/ameliyattan korkma	41	16,4	209	83,6
	Bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme	114	45,6	136	54,4
	Doktorların önerisi	124	49,6	126	50,4
	Doğal yöntem olduğunu düşünme	114	45,6	136	54,4
	Doğum deneyimini yaşamak isteme	0	0,0	250	100,0
	Aile ve eşin isteği	45	18,0	205	82,0
	Diğer	1	0,2	249	99,8
C/S	Doğumdan /doğum ağrısından korkma	14	51,9	13	48,1
	Bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme	3	11,1	24	89,9
	Annenin sağlık problemlerinin olması	3	11,1	24	89,9
	Kıymetli bebek /tedavi ile bebek sahibi olma	7	25,9	20	74,1
	Diğer	0	0,0	27	100,0

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **NSD:** Normal spontan doğum, **C/S:** Sezeryan.

Sezeryan doğum kararını vermede kişilerden kimlerin anneyi etkilediği ve ne sebep sunularak sezeryana yönlendirildiği incelendiğinde; hastaların en sık oranda anne boyunun çok kısa olmasından ikinci sıklıkta ise anne isteğinin bu yönde olmasından dolayı sezeryanı tercih ettiği bulundu. Aynı şekilde doktorunun sezeryan önerdiği hastalarda en sık sebep olarak fetal sıkıntı ve ikinci sıklıkta ise ilerlemeyen eylem öne sürüldü. Hastaların eşlerinden sezeryanı önerenler ise en sık olarak anne boyunun çok kısa olmasını ve ikinci sıklıkta anne yaşını etken olarak belirtti. (Tablo 6).

Tablo 6. Sezeryan doğumu seçerken anneyi etkileyen kişiler ve nedenleri

Doğuma karar veren kişi*	Sezeryana en sık yönlendirme nedenleri	Sezeryan Evet		Sezeryan Hayır	
		n	%	n	%
Kendim	Annenin boyunun çok kısa olması	7	3,0	80	32,0
	Anne isteği	2	1,0	85	34,0
Doktorum	Fetal sıkıntı	22	9,0	103	41,0
	İlerlemeyen eylem	11	4,0	114	46,0
Eşim	Annenin boyunun çok kısa olması	2	1,0	36	14,0
	Anne yaşı	1	0,5	37	15,0

* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ölçek toplam puanı bakımından yaş grupları, annelerin çalışma durumları, annelerin ve eşlerinin eğitim düzeyleri, evli oldukları yıl, aile tipi, annenin yaşadığı yer, ailenin ekonomik durumu ve annenin sosyal güvencesi arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır (sırasıyla; p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,006, p=0,019, p=0,000, p=0,006) (Tablo 7). Bu farkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Testi kullanıldı. Buna göre bu fark yaş grupları için 25 yas alti ile 26-35 ve 36-45 yaş grupları arasında (sırasıyla p=0.000, 0.010), annenin eğitim düzeyi için okuryazar olmayanlarla lise ve üniversite eğitim olanlar (sırasıyla p=0.000, p=0.000), okuryazar olanlarla lise ve üniversite eğitim olanlar (sırasıyla p=0.001, p=0.000), ilkokul eğitimi olanlarla üniversite eğitim olanlar arasında (p=0.000), evlilik süresi için 5 yıl altında evli olanlar ile 6-10 yıl arası evli olanlar arasında (0,029), annenin yaşadığı yer için köyde yaşayanlar ile kasaba, ilçe ve ilde yaşayanlar (sırasıyla p=0.018, p=0.006 ve p=0.008) ve kasabada yaşayanlar ile ilde yaşayanlar arasında (p=0.015), eşlerin eğitim durumu için ortaokul eğitimi olanlar ile lise ve üniversite eğitim olanlar (sırasıyla p=0.000, p=0.000) ve lise eğitimi alanlar ile üniversite eğitim olanlar arasında (p=0.000), ekonomik durum için orta olanlar ile iyi ve çok iyi olanlar arasında (sırasıyla p=0.000, p=0.000) ve iyi olanlar ile çok iyi olanlar arasındadır (p=0.025) (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği puan ortalamaları (n=250)

Özellikler	Ort ± SD	p
Yaş		
25 ve altı (1)	74,26 ± 9,11	**,000***
26-35 (2)	79,25 ± 8,94	
36-45 (3)	79,43 ± 7,49	
Post Hock=2>1, 3>1 (p<0,05)		
Çalışma durumu		
Çalışıyor (n=76)	81,39 ± 8,42	**,000****
Çalışmıyor (n=174)	74,52 ± 8,85	
Annenin Eğitim Durumu		
Okur–yazar değil (1)	73,34 ± 8,92	**,000***
Okur –yazar (2)	73,42 ± 10,10	
İlkokul mezunu (3)	73,10 ± 9,99	
Ortaokul mezunu (4)	73,14 ± 8,09	
Lise mezunu (5)	78,17 ± 8,06	
Üniversite mezunu (6)	85,12 ± 7,24	
Post Hock=5>1, 6>1, 5>2, 6>2 (p<0,05)		
Medeni durumu		
Evli	76,56 ± 9,25	İstatistik yapılamaz
Bekar	88,00 ± -	
Evlilik Süresi		
5 ve altı (1)	76,35 ± 9,30	**,000***
6-10 (2)	79,43 ± 8,00	
10-15 (3)	78,57 ± 10,59	
Post Hock=3>1 (p<0,05)		
Aile Tipi		
Çekirdek aile	77,55 ± 9,00	**,006***
Geniş aile	73,98 ± 9,54	
Yaşadıkları bölge tipi		
Köy (1)	67,40 ± 8,84	**,019****
Kasaba (2)	74,85 ± 8,96	
İlçe (3)	76,98 ± 9,00	
İl (4)	80,56 ± 11,15	
Post Hock=4>1 3>1, 2>1 (p<0,05)		

*kruskal wallis varyans analizi , ** t testi, ***mann-whitney u testi

Tablo 7. (devamı) Annelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği puan ortalamaları (n=250)

Ekonomik Durumu		
Orta – Kötü (1)	73,80 ± 8,91	**,000****
İyi (2)	78,91 ± 8,87	
Çok iyi (3)	83,40 ± 6,60	
Post Hock=3>1, 2>1 (p<0,05)		
Sağlık Güvencesi Durumu		
Var	77,06 ± 9,19	**,006*****
Yok	71,05 ± 8,54	
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur –yazar ve İlkokul mezunu (1)	73,50 ± 13,18	**,000*****
Ortaokul mezunu (2)	72,5 ± 9,32	
Lise mezunu (3)	76,93 ± 8,69	
Üniversite mezunu (4)	83,15 ± 7,47	
Post Hock=4>2, 3>2 (p<0,05)		
Eşinin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	76,61 ± 9,26	İstatistik yapılamaz
Çalışmıyor	-	

*kruskal wallis varyans analizi , ** t testi, ***mann-whitney u testi

Ölçek toplam puanı bakımından gebeliğin planlı olup olması, gebelik takibini yaptırdığı yer, ve gebelikte doğum şekilleri ile ilgili bilgi alma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır (sırasıyla; p=0,000, p=0,000, p=0,000) (Tablo 8). Bu fark gebelik takibini yaptırmayanlar ile tıp fakültesi ve özel hastanede yaptıranlar arasında (sırasıyla p=0.002, 0.000), aile sağlığı merkezinde yaptıranlar ile tıp fakültesi ve özel hastanede yaptıranlar arasında (sırasıyla p=0.000, 0.000), devlet hastanesinde yaptıranlar ile tıp fakültesi ve özel hastanede yaptıranlar arasında (sırasıyla p=0.045, 0.000), tıp fakültesinde yaptıranlar ile takip yaptırmayanlar, aile sağlığı merkezine gidenler, devlet hastanesine gidenler arasında (sırasıyla p=0.002, p=0.000, p=0.045), özel hastaneye gidenler ile takip yaptırmayanlar, aile sağlığı merkezine gidenler, devlet hastanesine gidenler arasındadır (sırasıyla p=0.000, p=0.000, p=0.000) (Tablo 8).

Tablo 8. Annelerin gebelik ve doğum öykülerine göre Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği puan ortalamaları (n=250)

Özellikler	Ort ± SD	p
Gebelik Sayısı		
1	76,09 ± 9,83	,353*
2	78,02 ± 7,88	
3 ve üstü	78,11 ± 5,76	
Düşük Öyküsü		
Evet	77,71 ± 7,55	,379**
Hayır	76,36 ± 9,61	
Küretaj Öyküsü		
Evet	78,14 ± 6,72	,382***
Hayır	76,41 ± 9,53	
Gebeliğin planlı olup olmadığı durumu		
Evet	79,08 ± 8,74	**,000****
Hayır	73,20 ± 8,91	
İnfertilite tedavisi durumu		
Evet	78,57 ± 9,58	,794***
Hayır	76,43 ± 9,23	
Gebelikte problem yaşama durumu		
Evet	78,88 ± 8,78	,052**
Hayır	75,89 ± 9,32	
Gebelik Takibini Yaptırma Yerleri		
Takip yaptırmadım (1)	70,0 ± 11,61	**,000***
Aile Sağlığı Merkezi (2)	69,19 ± 7,82	
Devlet Hastanesi (3)	74,61 ± 7,91	
Tıp Fakültesi (4)	79,48 ± 9,05	
Özel Hastane (5)	80,74 ± 8,05	
Post Hock=5>1, 4>1, 5>2, 4>2, 5>3, 4>3 (p<0,05)		
Gebelikte Hastanede yatma durumu		
Evet	78,63 ± 8,83	,126***
Hayır	76,27 ± 9,31	
Gebelikte doğum şekilleriyle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	77,53 ± 9,06	**,000*****
Hayır	71,32 ± 8,77	
Sezeryan olmayı gerektiren bir problem yaşandı mı?		
Evet	80,10 ± 8,65	,023***
Hayır	76,15 ± 9,26	
Planlanan doğum şekli		
Normal vajinal doğum	76,33 ± 9,33	,164***
Sezeryan doğum	78,92 ± 8,47	

*kruskal wallis varyans analizi , ** t testi, ***mann-whitney u testi

TARTIŞMA

GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DOĞUM TERCİHLERİ

Murray ve McKınney'in (52) yaptığı çalışmada sağlıklı doğurma yaşının 20-30 yaş arasında olduğunu düşünürsek, çalışmamızda gebelerin % 53.2'sinin 25 yaş ve altı yaşta olduğunu görmek sevindirici bir durumdur. Gebelik yaşı bazı kaynaklarda doğum şeklini etkilememektedir denilsede bazı çalışmalarda gebelik yaşının doğum şeklini belirlediği görülmüştür. Gözükara ve ark'nın (53) yaptıkları çalışmada gebelik yaşı ilerledikçe sezeryan doğum tercihinin arttığını belirlemiştir. Bunun yanı sıra Sıkar ve ark'nın (54) yaptığı çalışmada 20-30 yaş arasındaki gebelerin yüksek yaş grubuna göre sezeryanı daha fazla oranda tercih ettiği görülmüştür. Çalışmamızda anket sonuçları incelendiğinde 25 yaş ve altı gebeler ile 26-35 ve 36-45 yaş arasındaki gebelere göre doğum şeklini belirlemede anlamlı bir fark olduğu görüldü ve ölçek toplam puanı bakımından yüksek puan alınması 25 yaş ve altı gebelerin daha olumlu deneyimler yaşadığı sonucuna ulaşıldı(p=,000 ve p=,010). Çalışmamız literatürdeki bazı çalışmalarla benzer bulunsa da, bunun sebebi olarak bölgemizde yüksek yaş gebelerin daha az sayıda görülmesinden kaynaklandığı düşünüldü (Tablo 2 ve 7).

Kadınların siyasal ve sosyoekonomik alanlardaki konumunun güçlenip sağlamlaşması için en önemli faktörlerden biri eğitimdir. Ülkemizde 15 yaş ve üzeri nufusun %4.9'u okuma yazma bilmemektedir (55). Behague ve ark'nın (56), Duman ve ark'nın (57) ve Akyol ve ark'nın (58) yaptıkları çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe kendi isteği ile sezeryan doğum şeklini seçme oranının arttığını tespit etmişlerdir. Bunun yanı sıra İsveç'te yapılan Hildingsson ve ark'nın (59) ve Canbal ve ark'nın (60) yaptıkları çalışmalarda eğitim seviyesi

ile doğumu algılama arasında fark olduğunu, eğitim seviyesi düşük kadınların daha fazla oranda sezeryan doğumu tercih ettiğini belirlemişlerdir. Çalışmamızda eğitim düzeyinin artması durumunda annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı ve eğitim düzeyi ile doğumu algılama arasında anlamlı fark bulunduğu (p=,000) tespit edildi (Tablo 2 ve 7).

Ülkemizde kadınların iş gücüne katılmaları kalkınma için güzel bir durum olmasına rağmen halen erkeklere göre çok düşük oranlarda görüldü (61). Literatürde Duman ve ark'nın (57) ve Sıkar ve ark'nın (54) yaptıkları çalışmalarda çalışan kadınların, ev hanımlarına göre daha fazla oranda sezaryan doğumu tercih ettği görülse de; Danso ve ark'nın (62) ve Kürtüncü ve ark'nın (63) yaptıkları çalışmalarda kadınların çalışmasının doğum tercihini etkilemediğini göstermişlerdir. Çalışmamızda kadınların %69.6'ının çalışmadığı ve çalışma durumunun doğum şeklini belirlemede anlamlı bir farkının olduğu (p=,000) tespit edildi. Çalışmamız Duman ve ark'nın ve Sıkar ve ark'nın yaptıkları çalışmalarla benzer bulundu (Tablo 2 ve 7).

Çalışmamızda gebelerin %73,6'sının çekirdek aile içinde yaşadıkları görüldü. Geniş ailelerde çekirdek ailelere göre daha fazla oranda vajinal dogumu tercih ettikleri belirlenmis olup yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasındaki fark önemli (p=0,006) bulunmustur (Tablo 7). Bu sonuçlar sosyo-kültürel farklılıklara bağlanabilir. Geniş ailelerde genellikle sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması ve vajinal doğumun biraz daha kültürel olarak geleneksel olmasından dolayı ve maliyetin daha düşük olmasından dolayı geniş ailelerde yaşayan kadınların daha fazla tercih etmesine sebep olmaktadır. Ayrıca geniş yani geleneksel ailelerde aile büyüklerinin karar vermede etkisinin olması ve annenin özgür karar veremesinden dolayı vajinal doğumun daha sık tercih edilmesine neden olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda gebelerin eşlerinin doğum tipine karar vermede arkadaşlarından / komşusundan sonra en çok etkileyen 2. kişi olduğu görüldü. Bu derece önemli kararı vermede hem annenin hem de babanın eğitim düzeyinin bu konuda etkili olacaktır. Babanın eğitim düzeyinin karar vermede etkisi araştırılmuş olup eğitim düzeyi arttıkça sezaryan oranının arttığı görülmüştür (Tablo 4,5 ve 7).

Kırsal nüfusu kente çeken unsurlardan bazılarını daha yüksek sağlık ve yaşam standartı olması, imkanların daha fazla miktarda olması olarak sayabiliriz (52). Yaşanılan bölge kadınların doğum şeklini belirlemede etkili olabildiği literatürdeki bazı çalışmalarda görülmüştür (53,64). Gözükara ve ark'nın (53) ve Özkan ve ark'nın (64) yaptıkları çalışmalarda kadınların kentsel bölgede yaşıyor olmasının sezaryan doğumu daha fazla oranda tercih etmelerinde bir unsur olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamızda yaşanılan yer ile

doğum tipi tercihi arasında anlamlı bir fark bulundu (p=,003). Şehirde yaşayan annelerin puan ortalamaları daha yüksek bulundu, şehirde yaşayanların daha fazla oranda sezeryanı tercih ettiği görüldü. Çalışmamız literatürle benzer bulundu (Tablo 2 ve 7).

Gelir düzeyindeki artış sezaryan doğum oranını artırmakta olduğu literatürde bazı çalışmalarda gösterilmiştir (65). Yaşar ve ark'nın (66) ve Hildingsson ve ark'nın (59) yaptıkları çalışmalarda gelir durumunun doğum şeklini değiştirmediği şeklinde bulgular elde edilmiştir. Bu çalışmada gelir düzeyi ile doğum şeklini belirleme arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (p=,000). Gelir durumunun iyi olması ölçek puanının artmasını sağladı. Bu durumun araştırma grubunun ekonomik durumunun orta ve üzeri olmasından kaynaklı olabileceği düşünüldü (Tablo 2 ve 7).

Gebelerin sağlık güvencelerinin olması ile doğum şekli kararı arasında çalışmamızda anlamlı bir fark mevcuttur (p=,000). Sağlık güvencesi olan annelerde ölçek puan ortalamaları yüksek bulundu. Çivili ve ark'nın (67) yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olmayan gebelerin doğumda sosyal güvencesi olanlara göre daha olumsuz deneyimler yaşadığı ve daha fazla oranda normal doğumu tercih ettiği tespit edilmiştir. Bir kaç yıl öncesine kadar sezeryan doğumun bireye getirdiği ekonomik etkisi çok fazla iken Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu' nun doğum fiyatlarında yaptığı değişikliklerle günümüzde bu fark eşitlenir düzeye kadar azalmıştır. Bu nedenden dolayı birkaç yıl öncesine kadar gebeler normal vajinal doğum yapmayı tercih etmekteyken şuan günümüzde ekonomik durumun doğum tercihini değiştirmediği düşüncesine inanılmaktadır (68). Bu çalışmada inanılanın aksine doğum şekli ile sosyal güvencesi durumu arasında anlamlı fark tespit edildi (Tablo 2 ve 7).

DOĞUM ŞEKLİ VE TERCİHLERİ

Bu çalışmamızda primipar gebelerin doğum şeklini belirlemeleri açısından bakıldığında %89.2'sinin normal doğum, %10.8'inin sezeryan doğumu tercih ettikleri ve annelerin %50.8'inin doğum şeklini başkasının belirlediği görüldü (Tablo 3). Creedy ve ark'nın (69) 310 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %93.5'i normal doğumu, %6.4'ü de sezeryani tercih ettiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde gebelerin doğum şekillerini araştıran çalışmalara bakıldığında; Gözükara'nın (70) yaptığı bir çalışmada, kadınların %86.2'si normal vajinal doğum, %12.9'u sezaryan doğumu tercih ettiğini ve %1'den az bir grubunda herhangi bir tercihinin olmadığını tespit etmişlerdir. Yine İzmir'de Çivili ve ark'nın (67) yaptıkları bir başka çalışmada da; kadınlara doğum öncesi hangi doğum şeklini tercih edecekleri sorulsaydı

eğer %78.1'inin normal vajinal doğumu, %21.9'unun sezaryanı tercih edeceğini belirtmişlerdir. Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla benzer bulundu .

Çalışmamızda doğum şeklini belirleyen etkenler sorgulandığında gebelerin kendileri dışında sık oradan komşularının / arkadaşlarının fikirlerine önem verdikleri ortaya koyuldu. Doğum şekliyle ilgili gebelerin %85.2'sine bilgi verildiği tespit edildi (Tablo 4). Gözükara ve ark'nın (53) yaptıkları bir başka çalışmada kadınların doğum şekli ile ilgili kararı daha çok oranda kendilerinin vermekle beraber, bu kararı verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden fikir aldıklarını; Önderoğlu ve ark'nın (71) yaptıkları çalışmada ise annenin ailesinden ve arkadaşlarından çok etkilendiği tespit edilmiştir. Çakmak ve ark'nın (72) yaptıkları çalışmada annelerin doğum şekline %38 oranında hekimin, %25 oranında hekimin bilgilendirmesi sonrası kendisinin karar verdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda annelerin doğum şekline hekimlerinden bilgi aldıktan sonra kendilerinin karar vermeleri yüz güldürücü olmaktadır. Çalışmamız literatürde Gözükara ve ark'nın (53) çalışmasıyla benzer bulunurken diğer çalışmalarda doğum şeklini belirleyen kişiler arasında aile ve hekimin öne çıktığı görülmüştür (71,72).

Çalışmamızda annelere doğum tercihlerini yaparken göz önüne aldıkları etkenler araştırıldığında normal vajinal doğum tercih eden anneler bu doğum yöntemini tercih ederken; doğum sonunda daha az ağrısının olacağı, bebekleri için daha sağlıklı olacağı, doğum sonrasında iyileşmenin daha kolay ve hızlı olacağı, doktorların önerisinin bu yönde olması, sezaryandan korkmaları ve çevredekilerin bu yöntemi tavsiye etmesinden dolayı tercih ettiklerini belirtiler. Sezeryan doğumu tercih edenlerin ise; doğum ve doğum ağrısından korktuklarını, bebeklerinin tedavi ile olduğu için kıymetli bebek olmasından dolayı, bebek için daha sağlıklı olacağını düşündükleri için ve annenin sağlık problemini olması gibi etkenler nedeniyle sezaryan doğumu tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 4 ve 5). Bununla birlikte Sayıner ve ark'nın (73), Sayıner ve ark'nın (74) ve Yıldız ve ark'nın (75) yaptıkları çalışmalarda kadınların %7.5-47.4'ü doğum korkusu nedeniyle; Danso ve ark'nın (76) ve Kürtüncü ve ark'nın (63) yaptıkları çalışmalarda kadınların %26.3-43.6'sının ağrısız doğum istemeleri nedeniyle; %28.3'ünün ise anne istediği için sezeryan doğumu tercih ettiği görülmüştür. Ayrıca yine Danso ve ark'nın (62) ve Yıldız ve ark'nın (75) yaptıkları çalışmada kadınların epizyotomi korkusu, sezeryan doğumda daha rahat ve kolay doğumun olması ve bebek için iyi olduğunu düşünmelerinden dolayı gebelerin sezeryanı tercih ettikleri görülmüştür. Yaşar ve ark'nın (66) yaptıkları çalışmada gebelerin büyük çoğunluğu (%71.4)

normal vajinal doğumu ağrılı, zor, sancılı bulmaları nedeniyle sezeryanı istedikleri belirtilmiştir. Çalışmamız literatüre bakıldığında benzer bulundu.

Yağcı ve ark'nın (77) yaptıkları çalışmada özel hastanede hastaların bekleme sürelerinin kısa olması, hastanenin fiziksel görünümü (temizlik, daha az kalabalığın olması) ve hizmet kalitesinini iyi olmasından dolayı hastane seçimini etkilemektedir. Devlet hastanelerinin yoğun olması, eleman sayılarındaki eksiklikler ve yetersiz teçhizat olmasından dolayı kaliteli bir hizmet verilemediği kabul edilmesi gereken bir gerçektir. Çalışmamızda da hastaların %35.4'ünün takiplerini özel hastanede yaptırdığı görüldü (Tablo 3 ve 8).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Özel Optimed Hastanesi'nde doğum yapan primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumlarını ve etkileyen etmenlerin doğum şeklini etkileme durumlarında aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

Bu çalışmada annelerin %53,2'sinin (n=133) 25 yaş ve altında olduğu, %69,6'sının (n=174) çalışmadığı, %37,6'sının (n=94) lise mezunu olduğu, %99,6'sının (n=249) evli olduğu, %90,8'inin (n=227) 5 yıldan daha kısa süredir evli olduğu;gebelerin eşlerinin %61,6'sının (n=154) lise mezunu olduğu, tamamının çalışıyor olduğu tespit edildi. Hastaların %72,4'ünün (n=181) ilçede yaşadığı, %52'sinin (n=130) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %92,4'ünün (n=231) sağlık güvencesinin olduğu görüldü.

Bu çalışmada annelerin %89.2'si (n=223) normal vajinal doğumu tercih ederken %10.8'i (n=27) sezaryan doğumu istediği bulundu. Gebelerin doğum şekline karar vermesinde kendileri karar verse de ikinci sıklıkta komşularının / arkadaşlarının yönlendirdiği saptandı (sezaryan doğuma %33.6, normal vajinal doğuma %20).

Gebelerin yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, ekonomik durumları, yaşadıkları yerin tipi, sosyal güvencesinin varlığı, takip edildiği sağlık kuruluşunun tipi, aile tipi, evli oldukları süre, eşinin eğitim durumu, gebeliğin planlı olup olmaması ve doğum şekliyle ilgili bilgi alma durumları ile doğum şekline karar verme ve doğumu algılamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Gebelik sayısı, küretaj öyküsü, düşük öyküsü gibi obsetrik özgeçmişin doğum şekline karar verme ve doğumu algılama arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

ÖNERİLER

Doğurganlık çağındaki kadınlara doğum şekilleri ile ilgili bilgi eksikleri açısından eğitimler verilmeli ve doğum öncesinde "doğuma hazırlık eğitimi" almaları için yönlendirilmelidirler. Ayrıca doğuma hazırlık eğitimlerine babalarında katılması desteklenmelidir.

Doğum tipine karar verme aşamasında komşu/arkadaştan etkilenme de yüksek olduğundan toplumu bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Hekim, ebe ve hemşireler, gebelerin doğum şekline karar vermede aktif katılımlarını desteklemeli, anne adaylarının doğum ve doğum şekilleri hakkında bilgi edinmek istedikleri durumlarda gerekli eğitimlerle bilgi eksikliklerini gidermelidirler.

Sezaryan doğumun tercih hakkı olması yerine, gerekli tıbbi endikasyon dahilinde yapılması, anneye yarar ve zarar durumları göz önüne alınarak planlanması konusunda sağlık personelinin eğitilmesi gerekmektedir.

Araştırma tek bir özel hastanede yapılmıştır ve bu nedenle geniş kitleye ulaşılamamıştır. Araştırmanın daha geniş gruplarda da yapılması önerilir.

ÖZET

Bu çalışmada primipar gebelerin doğum şekline karar vermede etkili olan durumlar ve etkileyen faktörler incelenmektedir.

Bu çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma, Tekirdağ İlinin, Çerkezköy İlçesinde bulunan bir özel hastande 1 Ekim 2014 – 1 Haziran 2015 tarihleri arasında ilk doğumunu yapan 250 anne ile yapıldı. Veri toplama aracı olarak çalışmacı tarafından oluşturulan Anket Formu ve Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalamalar, Kruskal-Wallis, t Testi, Post Hoc Testi ve Mann-Whitney Testi; ölçeğin güvenirlik analizi içinde Cronbach's alpha testi kullanıldı.

Çalışmada annelerin %53,2'sinin (n=133) 25 yaş ve altında olduğu, %69,6'sının (n=174) çalışmadığı, %37,6'sının (n=94) lise mezunu olduğu, %99,6'sının (n=249) evli ve %90,8'inin (n=227) 5 yıldan daha kısa süredir evli olduğu; gebelerin eşlerinin %61,6'sının (n=154) lise mezunu ve tamamının çalışıyor olduğu tespit edildi. Gebelerin %72,4'ünün (n=181) ilçede yaşadığı, %52'sinin (n=130) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %92,4'ünün (n=231) sağlık güvencesinin olduğu, annelerin %89.2'si (n=223) normal vajinal doğumu tercih ederken %10.8'inin (n=27) sezeryan doğumu istediği görüldü.

Gebelerin yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, ekonomik durumları, yaşadıkları yerin tipi, sosyal güvencesinin varlığı, takip edildiği sağlık kuruluşunun tipi, aile tipi, evli oldukları süre, eşinin eğitim durumu, gebeliğin planlı olup olmaması ve doğum şekliyle ilgili bilgi alma durumları ile doğum şekline karar verme ve doğumu algılamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$).

Bu araştırmada gebelerin sosyo ekonomik durumlarının, mevcut gebelikleri ile ilgili sorun yaşama ve eğitim alma durumlarının, doğumu algılama ve doğum şeklini belirlemede

etkili olduğu bulundu. Bu nedenle, doğurganlık çağındaki kadınlara doğum öncesinde "doğuma hazırlık eğitimi" verilerek doğum ile ilgili bilgi eksiklikleri giderilmeli, kadınlar bu konuda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği., doğum, gebelik, sezeryan.

CHILDBIRTH PERCEPTION AND BIRTH MANAGEMENT PREFERENS OF PRIMIPAROUS WOMEN'S WHO GAVE BIRTH IN A PRIVATE HOSPITAL

SUMMARY

In this study, the factors affecting the decision of delivery type of primiparous pregnancies and the factors affecting them are examined.

This is a cross-sectional and descriptive research study. The study was conducted with 250 mothers who made their first birth from October 1, 2014 to June 1, 2015 at the Özel Optimed Hospital in the province of Tekirdag, Cerkezkoy. As a data gathering tool, demographic characteristics of the pregnant and spouse, gestational history and resumes of the pregnant, questionnaires about the decision forms of the birth shape and the Birth Annoyance Perception Scale were used. In the analysis of the data, descriptive criteria (number, percentage), Kruskal-Wallis test, t test, Post Hock test and Mann-Whitney Test; Cronbach's alpha test was used in the reliability analysis of the scale.

We found that 53.2% (n = 133) of the mothers were under 25 years of age, 69.6% (n = 174) did not work, 37.6% (n = 94) (n = 249) were married and 90.8% (n = 227) were married shorter than 5 years and 61.6% (n = 154) of the wives of the pregnant women were high school graduates and all were working. It was found that 72.4% (n = 181) of the pregnant women lived in the district, 52% of them (n = 130) had moderate economic status and 92.4% (n = 231) (n = 223) preferred normal vaginal birth whereas 10.8% (n = 27) preferred cesarean birth.

There was a statistically significant difference ($p < 0,05$) between pregnancy age, educational status, working status, economic status, type of place where they live, existence of health insurance, type of health institution followed, type of family, marital status, educational status of partner, planned or not pregnancy, infertility treatment, the status of living and being hospitalized, the information about the way of delivery, and the situation in which there was a problem requiring cesarean section.

Women in the age of fertility should be given trainings in terms of lack of information on the way of birth and should be directed to take "birth preparation training" before birth. Health personnel and physicians should support active participation of pregnant women in deciding on the way of giving birth, and the information deficiencies should be solved when information is wanted.

Key words: Birth, Factors, Pregnant, Caesarean, Birth Annoyance Perception Scale.

KAYNAKLAR

1. Uludağ S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2009: s. 403.

2. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2012: s. 178.

3. Tezergil B. Doğum Sonu Dönem Annlerin Emzirmeye İlişkin Düşünceleri ve Uygulamaları (Yüksek lisans tezi). İstanbul: M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

4. Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AYK, Bektaş E, Ünal O et al. Caesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors. J Obstet Gynaecol 2010;30(2):155-8.

5. Güngör İ. Babaların Doğuma Katılmasının Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul: İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.

6. Akbaş E, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:85-91.

7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, IX. Baskı; 2009.

8. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dündar C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevelansı ve risk faktörleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg 2006;3:26-31.

9. Karaçam Z, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum 2004;14(3):14-24.

10. Kuzgun Y, Bacanlı F. PDR'de Kullanılan Ölçekler. (Ed). Nobel Yayın Dağıtım. 2005 Ankara.

11. Shiloh S, Koren S, Zakay D. Individual Differences in compensatory decision making style and need for closure as correlates of subjective decision complexity and difficulty. Personality and Individual Differences 2001;1:699-710.

12. Adeshek JA, Peaceman AM, Lopez-Zeno JA, Minogue JP, Socol ML. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. AJOG 1993;1:936-40.

13. Stevens R.K. Power & Influence A Source Book For Nurses. Canada, John Wiles Sons Inc,; 1983; s. 249-62.

14. Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;2(3):73-8.

15. Scott SG, Bruce RA. Decision making style, the development and of a new measure. Educational Psycholl Measurement 1995;55(5):35-9.

16. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Haccettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 2003. hptt://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm (en son erişim 01.03.2017).

17. Üreme Sağlığı Programı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Üniversitesi, 2005: s. 16-7.

18. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G. For the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. The Lancet 2006;367:1819-29.

19. Patricia S. Yoder W. Leading and Managing in Nursing. Second Edition. USA: Mosby Company; 1999; s. 91-105.

20. Altuntuğ K, Ege E. Doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2012;15(3):214-22.

21. Payne WJ, Bettman RJ, Johson JE. The Adaptive Decision Maker. Cambridge: Cambridge University Press: 1993.

22. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu 1998, 21 Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Çev. Editörleri B. Metin, A. Akın, İ. Güngör, Ankara, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı, 1998.

23. Ergöçmen BA. Anne ve Çocuk Sağlığı: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hac. Ünv. Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Macro International Inc 1999;105-17.

24. Albers LL. Health problems after childbirth. J Midwifery Womens Health 2000;45(1):55-7.

25. Bobak IM, Jensen MD. Maternity and Gynecologic Care. 5th Edition, St. Louis (Eds.). The Mosby-Year Book,1993:672-767.

26. Brodsky PLA. Postpartum home follow-up project by student nurses using marker model standards. J Nursing Education 1998;37(8):373-5.

27. Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. Foundations of Maternal-Newborn Nursing. 2nd Edition. Philadelphia, W . B. Saunders Company, 1998: s. 458-9.

28. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ. A randomised comparision of home and clinic follow-up visits after erly postpartum hospital discharge. Pediatrics, 2000;105(5):1058-65.

29. Avşaroğlu S. Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı. Karar 2007;1:23-5.

30. Okumuş H, Mete S, Yenal K, Tokat MA, Figen PS. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. Okumuş H, Mete S (Eds.). İstanbul: Deomed Reklam ve Yayıncılık Ltd. ve Şti.;2009:89-99.

31. Khan H. High cesarean section rate: can we reduce it? GJMS 2008;6(1):43-8.

32. McCarthy FP, Rıgg L, Cady L, Cullinane F. A new way of looking at caesarean section births. Australian and New Zealand JOG 2007;47:316-20.

33. Sufang C, Padmadas M, Fengmin A. Delivery settings and caesarean section rates in China. Bull World Health Organ 2007;85(10):755–62.

34. O'Leary CM, Klerk N, Keogh J. Trends in mode of delivery during 1984- 2003: can they be explained by pregnancy and delivery complication? BJOG 2007;114:855-64.

35. Schwartz MA, Wang CC, Eckert LO, Critchlow CW, Risk factors for urinary tract ınfection in the postpartum period. Am J Obstet Gnecol 1999;181(3):547-53.

36. Önderoglu L, Karamürsel BS, Taskıran Ç, Obstetrikal Operasyonlar: Sezaryen. Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi, (Ed. Güner H.) Günes Kitabevi 2005; s. 1549-80.

37. Adair J. Karar verme ve problem çözme (çev. N. Kalaycı). Ankara: Gazi Kitapevi, 2000; s. 73-8.

38. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style I: Its relationship to clinical depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:50-9.

39. McCourt C, Weaver J, Statham H. Elective cesarean section and decision making: A critical review of literature. BIRTH 2007;34(1):65-79.

40. Yeşilyaprak, B. Eğitimde bireysel farklılıklar (ed). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2004: s. 113-27.

41. Hildmgsson I. How much influence do women in sweden have on caesarean section? A Follow-Up study of women's preferences in early pregnancy. Midwifery 2008;24(1):46-54.

42. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. Child Development 1988;59:135-46.

43. Simpson JA. Influence of attachment styles on romantic relationships. J Person Soc Psychol 1990;59:971-80.

44. Mann L, Hormoni R, Rover C. Adolescent decision making: the development of competence. J Adolescence 1987;12:265-78.

45. Konakçı S. Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen İle Doğum Sıklığı Ve Buna Etki Eden Etmenler (Yüksek lisans Tezi). İzmir; Dokuz Eylül Üniversitesi: 2006.

46. Deniz ME. Üniversite öğrencilerinin karar vermede öz saygı karar verme stilleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma. Eğitim Araş Derg 2004;4(15): 23-35.

47. Brown J, Mann L. The relationship between family structure and process variables and adolescent decision-making. J Adolescence 2007;13:25-37.

48. Weaver J, Statham H, Richards M. Are There "Unnecassaray cesarean sections for nonclinical indication? BIRTH 2007;34: 2-41.

49. Vusse LV. Decision Making in Analyses of Women's Birth Stories. BIRTH 1999;26(l):43-50.

50. Fawcett J, Knauth D. The factor structure of the perception of birth scale. Nurs Res 1996;45(2):83-6.

51. Cetin FC, Sezer A, Merih YD. The birth satisfaction scale: Turkish adaptation, validation and reliability study. North Clin Istanb 2015;2(2):142–50.

52. Murray SS, McKınney ES. Foundations of maternal-newborn and women‟s health nursing. 6th Ed. ABD: W.B. Saunders Company, 2014.

53. Gözükara F, Eroğlu K. Primigravidaların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2008;15(1):32-46.

54. Sezal, İhsan. "Göçler ve Şehirleşemeyen Şehirler", Toplum ve Göç, II. Ulusal Sosyoloji Kongresi 1997:147-51.

55. TÜİK. Okuma Yazma Durumu. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. 2013b. http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri.pdf, En son erişim tarihi:20.09.2017.

56. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. British Med J 2002;324:942–5.

57. Duman Z, Nadirgil G, Kırşahin F, Coşar E, Dağıstan TA, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Derg 2007;15:7-11.

58. Akyol A, Gönen Yağcı Ş, Tekirdağ Aİ. Sağlık personelinin doğum şeklive özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Derg 2011;3(2):55-63.

59. Hıldıngsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wısh to bedelivered by caesarean delivery. An International J Obstet Gynaecol 2002;109(6):618-23.

60. Canbal M, Ak M, Yılmaz A, Palancı Y. Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi 2014;41(2):319-325.

61. TÜİK. İş gücü piyasası analizi raporu. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Aydın Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğü. 2013a, http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/ upload/yayinrapor/HIA_2013.pdf Erişim tarihi: 01.09.2017.

62. Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hındın MJ. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. Ghana Med J 2009;43(1):29-33.

63. Kürtüncü M, Ergöl Ş. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üni Hemşirelik Fak Derg 2014;26-34.

64. Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler.Turkish J Public Health 2013;11(2):59-71.

65. Alves B, Sheikh A. Investigation the Relationship Between Affluence and Elective Caesarean Sections. BJOG 2005;112:994-6.

66. Yaşar Ö, Kır Şahin F, Coşar E, Nadirgil-Köken G, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri 2007;17:414- 20.

67. Çivili D. Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.

68. Fasial-Cury A, Menezes PR, Factors Associated With Preference for Cesarean Delivery. Rev Saude Publica 2006;40(2):1-7.

69. Creedy DK, Gamble JA. Women's preference for a cesarean section. A critique of the literature. BIRTH 2001;28:101-10.

70. Gözükara F. Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2006.

71. Önderoğlu L, Karamürsel BS, Taşkıran Ç. Obstetrikal Operasyonlar: Sezaryen, Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi, Ed. Güner H, Ankara: Güneş Kitabevi; 2005. s.1549- 80.

72. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. Fırat Tıp Derg 2014;19(3):122-5.

73. Sayıner FD, Demirci N. Effectiveness of prenatal perineal massage on vaginal delivery. İstanbul Üni Florence Nightingale Hem Derg 2007;15(60):46-54.

74. Sayıner F, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Derg 2009;3:104-12.

75. Yıldız Ş, Çaypınar SS, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. Türk kadınlarının doğum yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve bakış açısı. J Computer Engineering Informatics 2014;5(2):173-8.

76. Marut Joanne Sullivan; Mercer, Ramona T. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. Nursing Res 1979;1:1-12.

77. Yağcı Mİ, Duman T. Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. Doğuş Üni Derg 2006;7(2):218-38.

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sezeryan Endikasyonları (29-32) 17
Tablo 2. Hastaların ve eşlerinin demografik özelliklerinin dağılımı (n=250) 30
Tablo 3. Gebelerin gebelik anamnezlerinin incelenmesi (n=250) 31
Tablo 4. Doğum şekline karar vermede anneyi etkileyen kişiler 32
Tablo 5. Normal Spontan Doğum ve Sezeryan planlanan hastalarda doğum şekline karar vermede etkili faktörler 33
Tablo 6. Sezaryan doğumu seçerken anneyi etkileyen kişiler ve nedenleri 35
Tablo 7. Annelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği puan ortalamaları (n=250) 36
Tablo 8. Annelerin gebelik ve doğum öykülerine göre Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği puan ortalamaları (n=250) 37

ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Gizem YILMAZ GÜLEŞ

İletişim Bilgileri

Adres: GMKP Mahallesi Abide Sokak No:5 Daire:6 Çerkezköy/TEKİRDAĞ

Telefon: 0506 533 41 89

Mail: gzmylz@hotmail.com

2. **Doğum Tarihi:** 11.09.1989

3. **Öğrenim Durumu:** Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Ebelik	Trakya Üniversitesi	2008-2012
Yüksek Lisans	Halk Sağlığı Hemşireliği	Trakya Üniversitesi	2013- Halen

4. **Yüksek Lisans Tezi:** Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Primipar Kadınların Doğumu Algılama Ve Doğum Yöntemi Tercihleri

5. Yayınlar:

5.1. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler

- Yılmaz G, CANBAZ A, KARAGÖZ B. Evde Doğumlarda Ebenin Rol ve Sorumlulukları. 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, Sözel Bildiri, 27-29 Nisan 2011, Aydın.

- Kostak MA, Canbaz A, Yılmaz G. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ebeveynlik Davranışları ve Etkileyen Faktörler. 34. Pediatri Günleri ve 13. Pediatri Hemşireliği Günleri, En İyi Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü. HS-09, 3-6 Nisan 2012, İstanbul.

- Akgün Kostak M, Yılmaz G, Canbaz A. 1-6 Yaş Çocuk Ebeveynlerinin Oyuncak Güvenliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları. 56. Türkiye Milli Pediatri Kongresi. 11. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri. HP-12, 28 Kasım-02 Aralık 2012, Kıbrıs.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL İZNİ

EK 2: KURUM İZNİ

EK 3. ANKET FORMU (Görüşme Formu)

EK 4: ANNENİN DOĞUMU ALGILAMASI ÖLÇEĞİ **(**PERCEPTION OF BIRTHSCALE -POBS)

EK 1: ETİK KURUL İZNİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2014/170	
	PROTOKOL ADI	Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Primipar Kadınların Doğumu Algılama ve Doğum Yöntemi tercihleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 19/07** **Tarih:22.10.2014**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Gizem YILMAZ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, ilgili birimlerden gerekli izinler alındıktan sonra ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇİNAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. A.ve R. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan V.

EK 2: KURUM İZNİ

ÖZEL OPTİMED HASTANESİ

Sayı : 2014/ 837

Konu :Tez Çalışması İzni

24 ARALIK 2014

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİRİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İLGİ:37864143-302.14-834 sayılı 10.12.2014 tarihli yazınız

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem YILMAZ ' ın " Özel bir hastanede doğum yapan primipar kadınların doğumu algılama ve doğum yöntemi tercihleri " konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederiz.

Op. Dr. Recep ÇALIŞKAN
Mesul Müdür

EK 3: ANKET FORMU

Tezin Adı: Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Primipar Kadınların Doğumu Algılama Ve Doğum Yöntemi Tercihleri

GÖRÜŞME FORMU

Bu çalışma Çerkezköy'de özel bir hastanede ilk doğumunu yapan kadınların doğumu algılamalarını ve doğum yöntemi tercihlerini belirleme amacıyla bilimsel bir araştırma olarak yürütülmektedir. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Gizem YILMAZ
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. **Yaşınız? ……..**
2. **Çalışma durumunuz?** a) Çalışıyor b) Ev Hamımı
3. **Eğitim durumunuz?**
   a) Okur yazar değil d) Ortaokul mezunu
   b) Okur yazar e) Lise mezunu
   c) İlkokul mezunu f) Üniversite mezunu
4. **Medeni durumunuz?** a) Evli b) Bekar
5. **Kaç yıllık evlisiniz? ……..**
6. **Aile tipiniz?** a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile
7. **Eşinizin çalışma durumu?** a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
8. **Eşinizin eğitim durumu?**
   a) Okur yazar değil d) Ortaokul mezunu
   b) Okur yazar e) Lise mezunu
   c) İlkokul mezunu f) Üniversite mezunu
9. **Yaşadığınız yer?** a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) İl
10. **Şu anki ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**
    a) Kötü b) Orta c) İyi d) Çok iyi
11. **Sağlık güvenceniz var mı?**
    a) Evet b) Hayır
12. **Gebelik sayınız? …..**
13. **Düşük öyküsünüz var mı?** a) Evet b) Hayır
14. **Küretaj öyküsünüz var mı?** a) Evet b) Hayır
15. **Planlı bir gebelik mi?** a) Evet b) Hayır
16. **İnfertilite (kısırlık) tedavisi gördünüzmü?** a) Evet b)Hayır
17. **Gebelik takiplerinizi nerede yaptırdınız?**
    a) Takip yaptırmadım d) Tıp Fakültesi
    b) Aile Sağlığı merkezi e) Özel Hastane
    c) Devlet Hastanesi

18. Gebelikte problem yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır

19. Gebelikte hastanede yattınız mı? a) Evet b) Hayır

20. Gebelikte doğum şekilleri hakkında bilgi edindiniz mi?

a) Evet b) Hayır

21. Gebelikte sezaryen olmayı gerektiren bir problem yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

22. Planladığınız doğum şekliniz?

a) Normal Vajinal Doğum b) Sezaryen Doğum

23. Normal vajinal doğumu tercih etme nedenleriniz?

a) Daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme,
b) Doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme,
c) Anne için daha sağlıklı olacağını düşünme,
d) Çevredekilerin önerileri ve tavsiyeleri,
e) Sezeryandan/ameliyattan korkma,
f) Bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme,
g) Doktorların önerisi,
h) Doğal yöntem olduğunu düşünme,
i) Doğum deneyimini yaşamak isteme,
j) Aile ve eşin isteği,
k) Diğer(lütfen açıklayınız)…..

24. Sezaryen doğumu tercih etme nedenleriniz?

a) Doğumdan/doğum ağrısından korkma,
b) Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme,
c) Annenin sağlık problemlerinin olması,
d) Kıymetli bebek/tedavi ile bebek sahibi olma,
e) Diğer(lütfen açıklayınız)…..

25. Doğum şekli kararınızı etkileyen kişiler kimler?

a) Kendim e) Kayınvalide
b) Anne f) Doktor
c) Eş g) Komşu/arkadaş
d) Yakın akraba h) Sağlık personeli olan akraba/arkadaş
e) Diğer(lütfen açıklayınız)….

26. **Doğum şekliniz?** a) Normal Vajinal Doğum b) Sezaryen Doğum

27. Sezaryen ile doğum yapma nedeniniz?

a) İlerlemeyen eylem e) Anne isteği
b) Fetal sıkıntı f) Annenin boyunun çok kısa olması
c) Mekonyum aspirasyonu g) Annenin sağlık sorunları
d) Kıymetli bebek h) Anne yaşı
e) Diğer(lütfen açıklayınız)….

28. Doğum şeklinize karar veren kişi?

a) Kendim b) Doktorum c) Eşim

EK 4: ANNENİN DOĞUMU ALGILAMASI ÖLÇEĞİ (PERCEPTION OF BIRTH SCALE-POBS)

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (Perception of Birth Scale -POBS) annelerin normal veya planlanmamış sezeryan doğumlarda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarını değerlendiren bir araçtır. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nde maddeler 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır.
1-Hiç, 2-Biraz, 3-Orta, 4-Çok, 5-Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir.

Lütfen her soruda, belirtilen duygularınızı en iyi tanımlayan sütundaki rakamı işaretleyiniz.

1. Doğum sancılarını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
2. Doğum sancıları sırasında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
3. Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
4. Doğum sancıları sırasında ne kadar rahattınız?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
5. Doğum anında ne kadar rahattınız?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
6. Doğum sırasında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
7. Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz ?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
8. Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
9. Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olma ile ilgili beklentileriniz ne derecede gerçekleşti?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
10. Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz ?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
11. Doğum sancılarınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
12. Doğum anında eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
13. Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	*Hiç* 1	*Biraz* 2	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* 5

15. Doğum anında yaşadığınız duygular ne kadar rahatsız ediciydi?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* **5**
16. Doğumunuzun sancı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla 5*
17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla 5*
18. Doğum anında ne kadar korkmuştunuz?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* **5**
19. Doğum anındaki deneyiminiz hayalinizde canlandırdığınızdan daha zorlu mu oldu?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla 5*
20. Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla 5*
21. Doğum sancıları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla* **5**
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla 5*
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	*Hiç* **1**	*Biraz* **2**	*Orta* 3	*Çok* 4	*Çok fazla 5*

24. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?

Hemen	**1 saat içinde**	**2 saat içinde**	**4 saat içinde**	**8 saat içinde ve üzeri**
5	**4**	**3**	**2**	**1**

25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?

Hemen	**1 saat içinde**	**2 saat içinde**	**4 saat içinde**	**8 saat içinde ve üzeri**
5	**4**	**3**	**2**	**1**