



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK PERSONELİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ,
TERCİH NEDENLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Büşra DEĞİRMENCİLER

Mayıs 2020

DENİZLİ

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PERSONELİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ, TERCİH
NEDENLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Büşra DEĞİRMENCİLER

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

Denizli, 2020

BİLİMSEL ETİK

Bu tez çalışmasının kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Büşra DEĞİRMENCİLER



ÖZET**SAĞLIK PERSONELİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİ, TERCİH NEDENLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Büşra DEĞİRMENCİLER

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

MAYIS 2020, 80 Sayfa

Kadınların doğum şekli tercihlerine yönelik çok sayıda çalışma olmasına karşılık sağlık personellerinin doğum şekli tercihini inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma sağlık personellerinin doğum şekli tercihi, tercih nedenleri ve tercihi etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı, ilişkisel tipte bir çalışmadır. Araştırma Denizli ilinde Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmaya en az lise mezunu, 18 yaş üstü ve çalışmaya katılmaya gönüllü 347 sağlık personeli alınmıştır. Araştırmada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan iki anket formu kullanılmıştır: Tanıtıcı Bilgi Formu ve Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenleri Sorgulama Formu. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda sağlık personellerinin çoğunun, vajinal doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Personellerin çoğunluğunun gerçekleştirdiği doğum şekli sezaryendir. Sağlık personellerinin, doğum korkusu, doğum ağrısının şiddetli olduğu düşüncesi ve olumsuz vajinal doğumlara tanık olma gibi nedenlerle sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir. Meslek grubu, mesleki deneyim, çalışılan birim, yaş, çocuk sahibi olma durumu ve medeni durumun doğum şekli tercihini etkilediği saptanmıştır. Sağlık personellerinin doğum şekillerine ve doğum şeklinin getirdiği sonuçlara yönelik hizmet içi eğitimler ile bilgilerinin artırılması gerekmektedir. Sağlık personellerinin yaşadıkları olumsuz deneyimlerin doğum şekli tercihine etkilerinin farkında olunmalı ve sağlık personellerine özel doğuma hazırlık eğitimleri oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Doğum Şekli Tercihi, Doğum, Sezaryen, Sağlık Personeli

ABSTRACT**INVESTIGATION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS' MODE OF DELIVERY PREFERENCES, REASONS FOR PREFERENCES AND AFFECTING FACTORS**

Büşra DEĞİRMENCİLER

Master's Degree Thesis, Department of Nursing
Obstetrics and Gynaecology Nursing Master Program
Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

May 2020, 80 Pages

Although there are many studies on women's preferences for mode of delivery, there are not enough studies examining the preferences of healthcare professionals. This study aimed to determine the mode of delivery preferences of healthcare professionals, reasons and related factors. This research was a descriptive, relational study. The study conducted at the Pamukkale University Hospital in Denizli. 347 healthcare professionals were taken into the scope of the study who were 18 years of age or older and who voluntarily participated in the study. Two questionnaire forms prepared by the researchers in accordance with the literature were used in the study: Introductory Information Form and Questionnaire of Mode of Delivery Preferences and Reasons. The data were collected by researchers through face to face interviews. As a result of this study, it was determined that most of the healthcare professionals preferred vaginal delivery. The previous delivery method of the majority of healthcare professionals was caesarean section. It was determined that healthcare professionals preferred caesarean delivery due to reasons such as fear of childbirth, witnessing negative vaginal births and thought that vaginal birth is painful. It has been determined that occupation, professional experience, working department, age, having children, marital status affect the mode of delivery preference. The knowledge of healthcare professionals should be improved with education about the modes of delivery and the results of delivery method. Special childbirth education classes should be created for healthcare professionals and be aware of the effects of negative experiences of healthcare professionals on mode of delivery.

Keywords: Preference for Mode of Delivery, Delivery, Caesarean Section, Healthcare Personnel

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren başta tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Doğum-Kadın Sağlığı Hemşireliği ABD Başkanı Sayın Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN'a,

Yüksek lisans eğitimime başlama konusunda tavsiyeleri, tecrübesi ve bilgisiyle değerli katkılarını sunan Sayın Arş. Gör. Dr. Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ'ye,

Araştırmaya katılan tüm sağlık personellerine,

Tezim süresince yardımlarını esirgemeyen kardeşim Rıdvan Fevzi DEĞİRMENCİLER'e, desteğini her zaman kalbimde hissettiğim biricik dedem Süleyman ÖZCAN'a ve çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli anne ve babama, teşekkürlerimi içtenlikle sunarım.

İÇİNDEKİLER**Sayfa**

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
Araştırmanın Amacı.....	3
2.KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1 Doğum Şekilleri.....	4
2.1.1 Vajinal Doğum.....	4
2.1.1.1 Doğal Doğum.....	4
2.1.1.2 Bölgesel Anestezi ile Vajinal Doğum.....	6
2.1.1.3 Suda Vajinal Doğum.....	7
2.1.1.4 Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum.....	9
2.1.2 Sezaryen Doğum.....	11
2.2 Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler.....	11
2.2.1 Doğum Korkusu.....	12
2.2.2 Kişisel Özellikler.....	13
2.2.3 Bakım Veren Personelin Rolü.....	14
2.2.4 Doğum Deneyimi.....	15
2.3 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler....	17
2.3.1 Sağlık Personellerinin Maternal İstek Üzerine Yapılan Sezaryene İlişkin Görüşleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
3.1 Araştırmanın Tipi.....	22
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	22

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
3.5 Araştırmanın Etik Yönü.....	23
3.6 Veri Toplama Araçları.....	23
3.7 Araştırmanın Ön Uygulaması.....	24
3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. Sağlık Personellerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	25
4.2. Sağlık Personellerinin Doğum Şekli	26
4.3 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihleri.....	27
4.3.1. Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercih Nedenleri.....	28
4.4. Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler.....	30
4.4.1 Sosyodemografik Bulguların Doğum Şekli Tercihini Etkileme Durumu.....	30
4.4.2 Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşüncelerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi.....	33
5.TARTIŞMA.....	35
5.1 Sağlık Personellerinin Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli.....	35
5.2. Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşünceleri.....	36
5.3 Sağlık Personellerinin Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	37
5.4 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercih Nedenleri.....	39
5.4.1 Sağlık Personellerinin Sezaryen Doğumu Tercih Nedenleri.....	39
5.4.2 Sağlık Personellerinin Vajinal Doğumu Tercih Nedenleri.....	43
5.5 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler.....	44
5.5.1 Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler.....	44
5.5.2 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Doğuma Yönelik Düşünceleri.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7.KAYNAKLAR.....	49
8. ÖZGEÇMİŞ.....	51
9. EKLER	
EK 1. Etik Kurul Onayı	
EK 2. Pamukkale Üniversite Hastanesi İzin Formu	
EK 3. İsim Değişirme Etik Kurul Onayı	

EK 4. Tanıtıcı Bilgi Formu

EK 5. Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenlerini Sorgulama Formu

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1 Sağlık Personellerinin Sosyodemografik Bulguları.....	24
Tablo 2 Sağlık Personellerinin Önceki Doğum Şekline Yönelik Bulgular.....	25
Tablo 3 Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşünceleri.....	26
Tablo 4 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihleri.....	27
Tablo 5 Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri.....	27
Tablo 6 Vajinal Doğum Tercih Nedenleri.....	28
Tablo 7 Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Sosyodemografik Bulgular.....	30
Tablo 8 Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşüncelerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi.....	33

KISALTMALAR DİZİNİ

SSVD.....Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (2015) sezaryen operasyonunu, prezentasyon anomalileri ve fetal distres gibi vajinal doğumun anne ve bebek sağlığı açısından tehlike içerdiği durumlarda gerçekleştirilmesini önermektedir. Tıbbi endikasyon ile yapılan sezaryen operasyonlar, perinatal morbidite ve mortaliteyi önlemektedir. Tıbbi endikasyon bulunmayan durumlarda gerçekleştirilen sezaryenin ise anne ve bebek sağlığına olumlu etkisi olduğunu bildiren kanıt bulunmamaktadır. Sezaryen, güvenli operasyon imkanları sağlanamadığında komplikasyonlara, kalıcı hasara ve mortaliteye sebep olabilmektedir. Souza vd (2010) farklı ülkelerdeki toplam 286.565 doğumu inceledikleri çalışmada, isteğe yönelik sezaryen ve diğer tüm doğum şekillerinin spontan vajinal doğumla karşılaştırıldığında daha fazla yoğun bakım servisine yatış, daha fazla kan transfüzyonu, daha fazla histerektomi ve ölüm riski taşıdığını belirlemiştir. Sezaryen tüm dünyada en sık uygulanan cerrahi operasyon olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (2015) optimal sezaryen oranının %10-15 aralığında olması gerektiğini bildirmektedir.

Sezaryen oranları Dünya genelinde yıllar içerisinde artış göstermiştir. 2000 yılında dünya geneli ortalaması %12,1 iken bu oran 2015 yılında %21,1 olarak tespit edilmiştir (Statista 2019). 1990- 2014 yılları arasında sezaryen oranındaki en büyük artış az gelişmiş ülkelerde görülmüştür (Betran vd 2016). Ülkemizde de sezaryen oranındaki hızlı artış dikkat çekicidir. Sezaryen oranı 1993 yılında %7, 1998'de %14, 2013'te %48 ve 2018 verilerine göre %52 olarak tespit edilmiştir (TNSA 2018). OECD ülkelerinin sezaryen ortalaması %28,1 olarak bildirilmiş ve Norveç, Finlandiya, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde bu oranın %16,6-16 arasında değiştiği belirlenmiştir. Meksika, Şili, Kore gibi ülkelerde ise bu oran %38-46 aralığında bildirilmiştir. Ülkemiz ise OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Health at Glance 2017). Vajinal doğum oranlarının en yüksek olduğu ülkeler Afrika ülkeleridir (Souza vd 2010). Lavender vd (2004) sezaryen oranlarının hızlı artış nedeni olarak kadınların tıbbi gerekçeler olmaksızın sezaryen

isteğinde bulunmasını işaret etmiştir. Vajinal ve acil sezaryen ile karşılaştırıldığında isteğe bağlı sezaryen operasyonu, yenidoğanlarda solunum sistemi hastalıkları riskini yükseltmektedir. Vajinal doğumla karşılaştırıldığında ise ciddi solunum yolu hastalıkları riskinin dört kat artırdığı saptanmıştır (Hansen vd 2008). Sezaryen oranının optimal seviyeye getirilmesi, sezaryenin neden, nerede, nasıl, ne zaman ve kime yapıldığının net bir şekilde anlaşılması ve yüksek risk gruplarına yönelik etkin stratejiler izlenmesi ile mümkündür (Torloni vd 2011). Kadın sağlığı ile ilgilenen tüm profesyoneller, isteğe yönelik sezaryenin ekonomik, sosyal ve sağlık sonuçlarının farkında olmalıdırlar. Ayrıca kadınların sezaryene yönelik bilgilendirilmesini sağlayarak gereksiz uygulamalardan kaçınmalarına yardımcı olacak roller üstlenmelidirler (Belizan vd 2007).

Kadınların doğum şekli tercihleri, yaşadıkları gebeliğin ilerleyiş durumuna bağlı olarak değişmektedir (Kingdon vd 2009). Kadınların sezaryen hakkındaki görüşlerini ve sezaryeni tercih etme sebeplerini anlayabilmek üzere yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır (Weaver vd 2007, Wiklund vd 2007, Başar ve Sağlam 2018). Sezaryen doğum tercih nedenleri incelendiğinde hekim isteği/önerisi ilk başta gelen sebeptir (Bal vd 2013, Başar ve Sağlam 2018). Yapılan bir çalışmada doğum korkusu olan ve daha önceki doğumunda olumsuz deneyim yaşayan kadınların sezaryeni daha fazla istediği saptanmıştır (Størksen vd 2015). Kadınların kendileri ya da bebekleri için yaşadıkları korku sezaryen isteminin en önemli sebebi olarak bulunmuştur. Kadınların yaşadıkları korkunun sezaryenin daha güvenli olduğu düşüncesi ile birleşmiş olması önemli bir noktadır (Weaver vd 2007). Ayrıca sezaryen isteğinde bulunan kadınların vajinal doğum isteği olan kadınlara kıyasla daha az ebeveynlik eğitimi aldığı tespit edilmiştir. Kadınların sezaryen isteğinde bulunmasının yaygın sebepleri doğum korkusu, kendi ve bebeğin sağlığı için endişelenme, kadının akrabalarında komplikasyonlu doğum için genetik yatkınlık olmasıdır. Ağrı korkusu, acil operasyona alınma endişesi, doğum eylemi sırasında personellerin yetersiz kalacağını düşünme ve daha önce cinsel şiddete maruz kalmak sezaryen tercihinin etkileyen diğer faktörlerdir (Wiklund vd 2007).

İrlanda, İskoçya ve İngiltere'nin farklı bölgelerindeki sağlık personelleriyle yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin perine ve pelvik organ hasarlarından korunmak amaçlı sezaryen tercihinde bulunduğu tespit edilmiştir (Wright vd 2001). Bir başka çalışmada ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %90'nın vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılanların %60'ının çocuk sahibi olduğu ve sezaryen doğumların yalnızca %1'inin isteğe bağlı olarak gerçekleştirildiği saptanmıştır (Lightly vd 2014). İrlanda'da sağlık personeli olan gebe kadınların yalnızca %2,4'ü sezaryen tercih etmektedir (Sharpe vd 2015). Ülkemizde sağlık personelleri, normal

popülasyona göre daha fazla sezaryen isteminde bulunmaktadırlar. İçinde buldukları sektörün yoğun çalışma temposu, maruz kaldıkları negatif deneyimler, doğum şekli seçiminde etkili olmaktadır (Akyol vd 2011, Arikan vd 2011, Bülbül 2012). Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri yüksek oranda sezaryen tercih etmekte olup, bunun birincil sebebinin anorektal travmadan korunmak olduğu saptanmıştır (Arikan vd 2011). Buna ek olarak sezaryenin yeri ve zamanının planlı olması ve doğuma yönelik önceki negatif deneyimler de sağlık personellerinin tercih nedenlerindedir. Literatürde kadınların doğum şekli tercihlerini inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihlerini ve tercihleri etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar sınırlıdır (Akyol vd 2011, Arikan vd 2011, Bülbül 2012).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık personellerinin doğum şekli tercihlerinin, tercih nedenlerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

2.KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARANMASI

2.1 DOĞUM ŞEKİLLERİ

2.1.1 Vajinal doğum

Doğum eylemi hormonal ve mekanik değişimlerle meydana gelmekte ve üç evrede gerçekleşmektedir. Birinci evrede serviks ve uterus doğuma hazırlanırken, ikinci evre ise efasman ve dilatasyonun tamamlanıp fetüsün doğumunun gerçekleştiği evredir, üçüncü evre de fetüsün doğumundan plesantanın çıkışına kadar geçen dönemdir. Doğum eyleminin başarılı şekilde sonuçlanması için termde spontan başlaması, fetal ve maternal sağlığın yerinde olması, baş pelvis uyumu ve maternal psikososyal durum önemlidir (Guyton ve Hall 2006). Vajinal doğumun gerçekleşmesinde farklı yöntemlere başvurulabilmektedir, bu yöntemlerden bazıları aşağıda özetlenmiştir.

2.1.1.1 Doğal doğum

Kadınların ve bebeklerin çoğunluğu için doğum sorunsuz gerçekleştirilebilecek fizyolojik bir süreçtir. Doğum indüksiyonu ve sezaryen gibi müdahaleler önceden riskleri önlemek ve komplikasyonları tedavi etmek amaçlı uygulanırken bu müdahalelerin kullanımı son 20 yılda artmıştır. Ancak sağlıklı gebeler de doğum sürecinde ve sırasında en az bir tıbbi müdahaleye maruz kalmaktadır. Bu müdahaleler genellikle gereksiz ve de zararlı sayılabilecek rutin müdahalelerdir (WHO 2018a). Doğal doğum tıbbi müdahalelerin gerekli olmadığı sürece uygulanmadığı doğum şeklidir. Anne ve bebeğin fizyolojisine en uygun, en iyi doğum şekli olarak tanımlanmaktadır (Serçekuş ve İşbir 2015). Doğal doğum kadınların gebeliklerinden itibaren içgüdüsel olarak adım adım geçecekleri bir süreçtir (Longsdon ve Morris 2017).

Dünyanın farklı bölgelerinde sağlık personelleri doğum sürecini kontrol altında tutmakta ve sağlıklı gebeliklerde gerekli olmayan tıbbi müdahalelerle doğal doğum sürecini bozmaktadırlar. Sağlık personelleri doğumun kadından kadına değişen, yakın izlem gerektiren ve gerektiğinde tıbbi müdahaleler olabilecek bir durum olduğunun farkında olmalıdır (WHO 2018a). Sağlık personellerinin tutumlarının ve kadınların doğumu ağrıyla birleştiren düşüncelerinin değiştirilmesi sonucunda kadınların doğum yeteneklerinin farkına varmasını sağlanabilir. Bu şekilde yüksek kaynak kullanımı gerektiren epidural anestezi gibi doğum medikalizasyonunun da önlenmesi söz konusudur (WHO 2018b). Doğal doğum ancak doğum ağrısı ile ilgili olumlu algının, doğumda kontrol kavramının ve sosyal desteğin sağlanması ile gerçekleştirilebilir (Longsdon ve Morris 2017). Kadınlara gebeliklerinin 30. haftasından itibaren doğum şekli ile ilgili duygularının sorulması ve yeterli desteğin verilmesi doğal doğum gerçekleştirilmesini sağlayarak sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili olabilir (Kringeland vd 2010a).

Kadınların doğuma yönelik korku ve olumsuz duygularını azaltmak için duygularının etkin olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğum öncesi hazırlık, doğumda aktif hareket edebilmek ve sosyal destek doğal doğumun birer parçasıdır (Kringeland vd 2010a). Her kadının doğum sırasında destekleyici bir doğum partnerine sahip olma ve doğum pozisyonları hakkında karar verme hakkı vardır (WHO 2018a). Ülkemizde ise kadın doğum hekimlerinin çoğunluğunun doula destek kavramının farkında olmaması dikkat çekicidir (Küçük 2017). Ayrıca doğuma hazırlığı olan kadınların doğal doğum sürecini yaşamasına izin verilmesi ve saygı duyulması gerekmektedir (Kringeland vd 2010b).

Norveç'te yapılan bir çalışmada doğal doğum gerçekleştirmek isteyen kadınların %47,2'si tercihlerinin yerine getirildiğini belirtmiştir. Primipar kadınların %29,3'ü multiparların %61,1'i doğal doğum gerçekleştirmiştir. Anksiyete ve depresyon skorları düşük olan gebelerin doğal doğumu daha fazla tercih ettiği belirlenmiştir. Birden fazla çocuk istememe, önceki sezaryen ve negatif doğum deneyimi doğal doğuma yönelmeyi engellemektedir (Kringeland vd 2010a). Olumlu benlik saygısı, olumlu duygusal deneyimler ve pozitif ilişkilere sahip olan kadınların doğal doğum seçme olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Kringeland vd 2010b) Hollanda'da yapılan bir çalışmada kadınların çoğu, medikalizasyonun ve diğer tıbbi uygulamaların gereksiz olduğunu, her kadının doğal doğumu seçme hakkı bulunduğunu düşündüklerini belirtmiştir (Longsdon ve Morris 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kadınların çoğunun doğal doğuma karşı olumlu bakış açısına sahip olduğu ancak konu ile ilgili yeterli ve doğru düzeyde bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (Öztürk vd 2016). Kadınları mümkün olduğu kadar az

müdahaleyle doğal doğum tercih etmesinde kültürel, sosyal ve yapısal faktörler etkilidir. Kültürel ve tıbbi altyapının doğal doğumu destekleyici şekilde gelişmesi ile doğal doğumun yaygınlaşması sağlanabilir (Longsdon ve Morris 2017).

2.1.1. Bölgesel anestezi ile vajinal doğum

Epidural anestezi doğumda ağrıyı hafifletmek için yaygın olarak kullanılan ve omurganın alt bölgesine lokal anestezi madde enjeksiyonu ile uygulanan bir anestezi şeklidir (Anim-Somuah vd 2011). Genel olarak doğum sırasında ağrıyı hafifletmede güvenli ve etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (ACOG 2017a). Epidural anestezi maternal memnuniyeti artırmakta, ağrıyı rahatlamakta ve asidoz riskini düşürmektedir. Buna karşılık en yaygın yan etkisi doğum eyleminin ikinci evresinin uzamasıdır (Anim-Somuah vd 2011). Aynı zamanda daha fazla oksitosin indüksiyonu, fetal distres, uzun süreli bel ağrısı, kas tonüsünde azalma, geç emzirme ve sezaryen doğuma da yol açabilmektedir (Anim-Somuah vd 2011, Leighton vd 2002, ACOG 2017a). Epidural anestezi ile gerçekleşen doğumlarda daha fazla doğum indüksiyonu, uzamış doğum eylemi, enstrümental müdahale görülmektedir (Garcia-Lausin vd 2019). Çok nadiren görülen ciddi komplikasyonları ise omurilik-sinir hasarı, taşikardi, ciddi solunum problemleridir (ACOG 2017a).

Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında epidural anestezinin ağrı rahatlamasını sağladığı ancak enstrümental vajinal doğum oranlarını artırdığı saptanmıştır. Forseps ve vakum kullanımı epidural anestezi alanlarda daha sık görülmektedir. Ayrıca epidural anestezinin hipotansiyon, motor blokaj, ateş ve üriner retansiyon riskini de artırdığı belirlenmiştir (Jones vd 2012). Epidural anestezi düşük riskli de olsa yenidoğan üzerinde olumsuz etkilere sebep olabilmektedir. Doğumda anneleri epidural anestezi alan yenidoğanların 1. dakika ve 5. dakika apgar skorları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Epidural alan grupta almayan gruba kıyasla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış, resüsitasyon ve geç emzirme daha sık görülmektedir (Herrera-Gómez vd 2015).

Kombine spinal-epidural anestezi ise bölgesel anestezinin başka bir şeklidir. Spinal kısımda ağrı hafifletilirken epidural kısım sürekli ağrı bloğu sağlar. Kombine spinal-epidural anestezi ve epidural tekniklerden her ikisi de doğumda etkili ağrı bloğu sağlamaktadır (ACOG 2017a). Ancak kombine spinal-epidural anestezi daha hızlı etki etmekte ve daha az üriner retansiyon riski içermektedir (Çelik vd 2007, Simmons vd

2012). Epidural anestezi ile kombine spinal-epidural anestezi arasında mobilizasyon, doğum indüksiyonu, sezaryen oranı, baş ağrısı, maternal hipotansiyon, apgar skoru açısından fark olmadığı belirlenmiştir. Ancak epidural teknikte üriner retansiyon, kurtarma müdahaleleri ve enstrümantal doğumların anlamlı derecede yüksek olması sebebiyle kombine-spinal epiduralların kullanılması önerilmektedir (Simmons vd 2012).

Epidural anestezi seçimini etkileyen bir durum ise gebelik sırasında yaşanan distrestir. Distres şikayeti olan kadınlarla yapılan bir çalışmada distres yaşayan kadınların yaşamayanlara kıyasla epidural anestezi kullanma olasılığının 2,6 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Erken gebelik sırasında yaşanan distres ile epidural anestezi kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Partnerleri ile ilişkilerinden memnun olmayan kadınların ise epizyotomi, doğum indüksiyonu ve enstrümantal doğum gerçekleştirme ihtimalinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Jonsdottir vd 2019). İspanya'da yapılan bir çalışmada gebelerin %77,46'sı epidural anestezi ile doğum gerçekleştirmiştir. Bu doğumların %1,63'ünde ciddi perine laserasyonu oluşmuştur. Epidural anestezi doğum pozisyonlarını kısıtlamakta ve sıklıkla litotomi pozisyonunda doğum gerçekleştirilmektedir. Bu durum daha fazla epizyotomiye sebep olmaktadır. Epidural anestezi epizyotomi riskini artırmaktadır. Epidural anestezi ciddi perine laserasyonu için doğrudan bir neden olmasa da laserasyona yol açabilecek müdahalelerin bir parçasıdır ve bu nedenle kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (Garcia-Lausin vd 2019).

Riskler düşük gibi görünse de anneler ve sağlık personelleri doğum sırasında ağrıyı hafifletmek seçeneklerinin riskleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Herrera-Gómez vd 2015). Epidural anestezi kullanımı gebe ve bakım veren personel arasında karşılıklı karar verilmesi gereken bir durumdur (Anim-Somuah vd 2011).

2.1.1.3 Suda vajinal doğum

Suda doğum, doğumdan önce suya girme kadınlar tarafından tercih edilen ve son yıllarda ve popüler hale gelen doğum şeklidir (ACOG 2016). ACOG (2016), 37-41. gebelik haftaları arasında, komplikasyon riski az olan sağlıklı kadınlar için suda doğumu önermektedir. Suda doğumun doğum eyleminin birinci veya ikinci evresinden itibaren uygulanmasının yenidoğan ve kadın sağlığı açısından olumsuz etki yarattığına dair bir kanıt yoktur (Cluett vd 2018).

Suda doğumla ilgili yaşanan yaygın endişeler, aspirasyon riski, yenidoğan ve maternal enfeksiyon, termoregülasyon problemleri olarak sayılabilir. Ayrıca sağlık personellerinin suda doğuma yönelik bilgisi ve suda doğumda acil müdahaleye yönelik endişeler de suda doğumun tercih edilmesini etkilemektedir (Young ve Kruske 2013). Genel olarak bu endişeler için geçerli kanıt bulunmadığı, uygun kılavuzlar-yönergeler, uygulamalar ile suda doğumun güvenli olarak gerçekleştirilebileceği tespit edilmiştir (Young ve Kruske 2013). Normal vajinal doğumla karşılaştırıldığında daha yüksek neonatal enfeksiyon riski taşımadığı tespit edilmiştir (Thöni vd 2010). Normal vajinal doğum ile karşılaştırıldığında maternal ve fetal enfeksiyon riskinde artış olmadığı, apgar skoru, arteriyel ve venöz pH ve yenidoğan bakım ünitesine yatış oranı açısından da fark olmadığı belirlenmiştir (Zanetti-Daellenbach vd 2007). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında da yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış ve enfeksiyon oranları açısından yenidoğan üzerinde olumsuz etkilerin arttığına dair bir kanıt bulunamamıştır (Cluett vd 2018).

Suda doğumun avantajları ise daha az analjeziye ihtiyaç duyulması, daha kısa birinci ve ikinci doğum evresi süresi, daha az oranda epizyotomi olarak belirlenmiştir (Zanetti-Daellenbach vd 2007, Thöni vd 2010). Özellikle primipar kadınlarda doğum süresinin önemli ölçüde kısaldığı ve epizyotominin daha az uygulandığı belirlenmiştir (Thöni vd 2010). Normal, epidural anestezili ve suda vajinal doğum yapan üç grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada suda doğum yapan kadınlarda epizyotomi ve doğum indüksiyonu ihtiyacının daha düşük olduğu, doğum süresinin kısaldığı belirlenmiştir. Ancak suda doğum grubunda perine laserasyonu gelişiminin daha fazla olduğu görülmüştür (Mollamahmutoğlu vd 2012). Suda doğumun epidural ve bölgesel anestezi kullanımının azaltılmasında ve sezaryen riskinin düşürülmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir (Cluett vd 2018, Simpson 2013).

Doğumun ilk evresinde suya girmenin maternal ve fetal yan etkisi olmadığı bilinmektedir (ACOG 2016). Suda doğum yapmanın olumsuz etkileri arttırdığına dair bir kanıt olmamakla birlikte doğum eyleminin ikinci evresinde olumlu etkiye sahip olduğuna yönelik kanıtlar da düşük düzeylidir (Cluett vd 2018). İkinci evrede suda doğumun faydaları ve riskleri hakkında kesin yargılara varabilmek için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle bu tür veriler elde edilinceye kadar, doğumun suda gerçekleştirilmemesi tavsiye edilmektedir (Simpson 2013, ACOG 2016). Doğumun tamamını suda gerçekleştirmek isteyen kadınların bu isteklerini destekleyecek ya da vazgeçirmeye yetecek kanıtın olmadığı bilinmelidir (ACOG 2016). Suda doğumda optimal güvenliğin sağlanması ve diğer doğum şekillerine eş değer yenidoğan sonuçları

alınabilmesi adına klinik uygulama rehberlerine ve ikinci evrede suda çıkmaya yönelik çalışmalara odaklanmak gerekmektedir (Vanderlaan vd 2018).

Genellikle havuzlara erişimin yetersiz olması suda doğuma engel olmaktadır. Su geçirmez kardiyotokograf ekipmanlarının bulunmamasının da suda doğumu kısıtladığı belirlenmiştir (Milosevic v. 2019). Su içerisinde kadınların ve fetüslerin uygun aralıklarla izlenmesi suda doğum başarısını artıracaktır (ACOG 2016). Suda doğumun gerçekleştirilebilmesine yönelik standart enfeksiyon kontrol prosedürleri oluşturulması, kuvet-havuzların bakımı ve temizliğinin denetlenmesi, suda doğum yapabilecek kişilerin seçimi için protokoller hazırlanması gerekmektedir (ACOG 2016). Sağlık kurumları ve personelleri bu tür prosedürlere hakim olmalı ve kadınların bu doğum yöntemine erişebilmeleri için gerekli önlemleri aldıklarından emin olmalıdır (Young ve Kruske 2013).

2.1.1.4 Sezaryen sonrası vajinal doğum

Geçmiş yıllarda kadınların sezaryen doğum yaptıktan sonra diğer doğumlarını da sezaryen olarak devam ettirmesi gerektiği düşünülürken artık sezaryen sonrası vajinal doğumun gerçekleşebileceği bilinmektedir. Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) deneyen kadınların %60-80'i başarılı bir şekilde vajinal doğumu gerçekleştirebilmektedir (ACOG 2017b).

Sezaryen sonrası vajinal doğum; cerrahi operasyon geçirmemek, daha kısa toparlanma süresi, daha az enfeksiyon riski ve daha az kan kaybı gibi nedenlerle tekrarlayan sezaryenden daha avantajlıdır. Ayrıca bağırsak ve mesane yaralanmaları, histerektomi ve diğer gebeliklerle ilgili plesantal risklerden korunmada da etkilidir (ACOG 2019). Sezaryen sonrası vajinal doğumun en önemli riski uterus rüptürüdür, vajinal doğum denemesinde riskin %0,7- %0,9 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle yüksek riskli gruplarda ve sağlık personellerinin sezaryene acil ulaşamayacağı durumlarda uygulanmaması önerilmektedir (ACOG 2017b).

Sezaryen operasyonu sırasında yapılan insizyonun şekli vajinal doğum denemesi için önemlidir. Daha önce alt segment transvers insizyonla sezaryen operasyonu geçiren kadınlar SSVD için uygun adaylardır (ACOG 2019a). Yapılan çalışmalarda SSVD başarısı %74-85 arasında değişmektedir (Attanasio vd 2019, Asgarian vd 2020). Doğumlar arasında geçen sürenin uzun olması vajinal doğum başarısını artırmaktadır. Sezaryen operasyonundan 2-4 yıl sonrasında gerçekleşen vajinal doğumların daha başarılı olduğu ve daha az komplikasyon geliştiği belirlenmiştir (Asgarian vd 2020).

SSVD başarısını olumsuz etkileyen faktörler maternal obezite, diyabet, hipertansiyon, komplikasyonlu gebelik, önceki sezaryen endikasyonu ve doğum indüksiyonu kullanımı olarak belirlenmiştir (Catling-Paull vd 2011, Wu vd 2019). Epidural anestezinin SSVD için kullanılmasına yönelik kanıtlar sınırlıdır ancak kullanılması başarıyı olumsuz etkilememektedir (Catling-Paull vd 2011, ACOG 2019a). Acil tıbbi bakım gerektiren komplikasyonların öngörülemezliği nedeniyle evde doğum önerilmemektedir (ACOG 2019).

Tekrarlanan sezaryen veya SSVD için bir tercih oluşturmak birçok etkinin şekillendirdiği dinamik bir süreçtir (Black vd 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadın doğum hekimlerinin çoğunluğu sezaryen sonrası vajinal doğum denemesini desteklemediklerini ve adayları yönlendirmek için uygun, uzmanlaşmış ve donanımlı bir hastane olmadığını belirtmişlerdir (Küçük 2017). Doğum beklentileri ve önceki doğum deneyimi algıları tercihler üzerinde etkilidir (Black vd 2016). Kadın merkezli yaklaşımlar benimsenerek, kadınların ilk sezaryenden itibaren görüş, endişe ve deneyimlerinin ele alınması ve desteklenmesi gerekmektedir (Nilsson vd 2015, Black vd 2016). SSVD eğitiminin kadınların tercihini etkileyip etkilemediği bilinmese de olası doğum şekilleri hakkında bilgilerini artırdığı, riskler ve yararlar hakkında bilgi sahibi oldukları ve karar çatışmalarını azalttığı bilinmektedir (Eden vd 2004, Nilsson vd 2015). Sonuç olarak gereksiz sezaryen operasyonlarının oranının düşürülmesinde, kadınların doğum kararı özerkliklerinin desteklenmesi de atılacak önemli bir adımdır (Black vd 2016).

Başarılı bir sezaryen sonrası vajinal doğumun elektif tekrar sezaryene göre daha az komplikasyona sebep olduğu bilinmektedir ancak başarısız bir denemenin elektif tekrar sezaryene göre daha fazla komplikasyona neden olabileceği unutulmamalıdır (ACOG 2010).

2.1.2 Sezaryen doğum

Sezaryen, uterus insizyonu ile doğumun gerçekleştirilmesidir. İsteğe yönelik ya da tıbbi endikasyon varlığında uygulanan bu operasyonun oranları son on yıl içerisinde önemli derecede artmıştır (ACOG 2019b). Sezaryen doğum için tıbbi endikasyonlar maternal, fetal, doğum sürecine ya da plasentaya bağlı olarak gelişebilir. Doğum sürecinde gelişen sezaryen endikasyonları; uzamış doğum eylemi, kontraksiyonların yetersiz olması, serviksin dilate olmaması, fetal kalp hızındaki değişiklikler olarak sayılabilir. Prezantasyon anomalileri, plasenta ile ilgili sorunlar, bazı enfeksiyonlar,

diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar da sezaryen doğum için endikasyonlardır (ACOG 2018).

İsveç'te yapılan bir çalışmada sezaryen oranının 1992'den 2005 yılına kadar geçen süreçte artarak ilerlediği ve bu artışta sezaryen endikasyonlarının değişiminin etkili olduğu belirlenmiştir. Planlı sezaryen operasyonları için temel faktörler prezantasyon anomalisi veya uterin sorunlar iken ilerleyen yıllarda bu faktörlerin yerini psikososyal faktörler almıştır. İlerleyen yıllarda doğum korkusu ve maternal sezaryen isteğinin planlı sezaryenlerin temel nedeni olması dikkat çekicidir (Stjernholm vd 2010). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise sezaryen oranını yükselmesinde primer sezaryen oranlarındaki artışın etkili olduğu belirlenmiştir. Primer sezaryenlerin artışında subjektif endikasyonlar artarken, prezantasyon anomalisi, maternal-fetal ve obstetrik endikasyonlar gibi objektif olarak tanımlanmış endikasyonların sabit kaldığı belirlenmiştir (Barber vd 2011).

2.2 Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler

Doğum şekli tercihi kültürel, kişisel ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir (Liu vd 2013). Gebelik ve doğum ile ilgili tutumların belirlenmesinde aile üyelerinin deneyimleri, yakın çevrenin izlenimleri-hikayeleri ve görsel medya etkilidir (Hauck vd 2016). Ekonomik durum ve doğum seçeneklerine erişim de doğum şekli tercihinin belirleyici önemli bir faktördür (Miller ve Shriver 2012). Sezaryen doğum oranları dünya genelinde artmaktadır. Bu artışa katkıda bulunan faktörler çok yönlü ve karmaşıktır (Chen vd 2018). İstek üzerine uygulanan sezaryen operasyonlarının artmasının bu artışa katkı sağladığı düşünülmektedir (Lavender vd 2004). Yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesinde artışı sağlayan ek faktörlerin önlenmesi için kadınların tercihlerinin değerlendirilmesi izlenebilecek bir yoldur (Liu vd 2013). Maternal ve fetal endikasyon yokluğunda vajinal doğum planlanması güvenlidir. Sezaryen isteminde bulunan kadınların isteğinin ardında yatan nedenlerin araştırılması, üreme planlarının, kültürel ilişkilerinin, kişisel algı ve değerlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kadınlarla sezaryen tercihinin riskler ve faydalar açısından tartışılması önerilmektedir (ACOG 2013).

Kadınların doğum şekli tercihlerinde doğuma yönelik algıları, yaşadıkları korku, kişilik özellikleri, bakım veren personel ile ilişkileri ve daha önceki deneyimleri etkilidir (Miller ve Shriver 2012, Arcia, 2013, Størksen vd 2015, Chen vd 2018).

2.2.1 Doğum korkusu

Doğum korkusu, doğumdan önce, doğum sırasında ve de sonrasında yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır (Wijma 2003). Doğum korkusu hem doğumu hem de doğum sonrası dönemi etkileyen yaygın bir sorundur (Serçekuş vd 2017). Doğum korkusu yaşayan kadınlarda uzun süren doğum eylemi, epidural anestezi kullanımı, obstetrik komplikasyonlar, travmatik stres belirtileri ve psikiyatrik bakıma ihtiyaç duyma daha sık görülmektedir (Dencker vd 2018). Doğum korkusu ile doğum şekli tercihi arasında kuvvetli ilişki olduğu bilinmektedir (Hildingsson 2014). Korku negatif algıya ve sezaryen istemine sebep olabilmektedir (Serçekuş ve Okumuş 2009). Gebelik ve doğuma yönelik medyadan alınan bilgilerin de sezaryen ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Medyadan alınan bilgilerin doğum konusundaki tercihlerini belirlediğini belirtenlerin doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Stoll vd 2016).

Doğum korkusu yaşayan kadınlar vajinal doğumu doğal bir süreç olarak görmemekte, doğum sürecini korkutucu ve acı verici olarak algılamaktadırlar (Arcia 2013, Hildingsson 2014). Doğumdan korktuğunu belirten kişiler sezaryen veya epidural anestezi ile doğumu tercih etmektedirler (Stoll vd 2016). Sezaryen tercihinde sezaryenin daha az stresli ve acısız olduğu düşüncesi etkilidir (Hildingsson 2014). Aile üyelerinin öykülerinde ve deneyimlerinde doğum ile ilgili olumsuz izlenimler olduğunu bildirenlerde doğum korkusu 2,8 kat daha fazla görülmektedir. Bu yüksek doğum korkusu sezaryen doğum tercihini de 2,6 kat artırmaktadır (Hauck vd 2016).

Yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık %15'i ve erkeklerin %5'i doğum korkusu yaşadığını bildirmiştir. Doğum korkusu yaşayan çiftlerin sezaryen tercih etmeye yatkın olduğu ve kadınların eşlerine kıyasla daha fazla sezaryen isteminde bulunduğu belirlenmiştir (sırasıyla %7,7 ve %6,9). Kadınların sezaryen tercihinde doğumun olabildiğince stressiz ve acısız geçmesi düşüncesi etkilidir (Hildingsson 2014). Başka bir çalışmada ise kadınların sezaryen istemindeki en yaygın sebebin (%64) doğum korkusu olduğu bulunmuştur, ikinci sebep ise (%28) kadınların kendi veya bebek sağlığı ile ilgili endişeleridir (Wiklund vd 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kadınların %90,8'i vajinal doğum tercih ederken, eşlerinin %92 oranında vajinal doğum seçtiği tespit edilmiştir. Çiftler vajinal doğumu doğal ve anne ve bebek için daha sağlıklı olduğu için seçtiklerini belirtmiştir. Sezaryen seçiminin temel nedeni ise doğum korkusu ve bebeği risklerden korumak olarak tespit edilmiştir (Serçekuş vd 2015). Erkeklerin sezaryen seçiminin temel nedenleri eşin zarar görmesini önlemek, ağrı korkusu, vajinanın zarar

görmemesi isteği, sezaryenin anne bebek için daha güvenli, sağlıklı, risksiz olduğunu düşünmedir (Serçekuş vd 2015, Hauck vd 2016). Doğum korkusunu azaltmaya yönelik yapılacak müdahaleler sezaryen seçimini de azaltacaktır. Bu nedenle ebek bakımı ve çiftlerin antenatal eğitim almaya teşvik edilmesi gerekmektedir (Hildingsson 2014, Serçekuş vd 2015).

2.2.2 Kişisel özellikler

Kadınların gebelik ve doğum sürecinde rolleri ve doğum deneyimini algılayış biçimleri doğum şekli tercihini etkilemektedir (Arcia 2013). Kendilerini gebelik ve doğuma yönelik kararlarda sürecin aktif bir parçası olarak tanımlayan kadınlar vajinal doğum, ebe bakımı, evde doğumu tercih etmekte ve doğum analjezilerinden kaçınmaktadır. Öte yandan gebelik ve doğum sürecinde kendilerini pasif tanımlayan kadınlar sezaryen, hekim bakımı, hospitalizasyon ve ilaç kullanımına daha yatkındır (Arcia 2013). Aynı şekilde gebelik ve doğum sürecini önemli tıbbi durumlar olarak değerlendiren kadınlar ise sağlıklı bir gebelik ve doğum için medikalizasyona yönelmektedir (Miller ve Shriver 2012). Gebelik ve doğum sürecinde medikalizasyonun gerekli olduğu düşüncesi, ebe ile doğum ve evde doğumun güvenli olmadığı düşüncesini de beraberinde getirmektedir (Miller ve Shriver 2012).

Farklı kültürlerde yapılan çalışmalar doğumun algılanış biçiminin doğum şekli tercihinde etkili olduğunu göstermektedir (Abbaspoor vd 2014, Lui vd 2013). Güney Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların çoğu vajinal doğumu tercih ettiklerini ve sezaryeni tıbbi endikasyon varlığında, sağlık personellerinin karar vereceği bir operasyon olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Sezaryenin anneyi pasif kıldığı ve doğumun bir parçası olmaktan alıkoyduğu düşüncesinin yaygın olduğu belirlenmiştir (Liu vd 2013). İran'da yapılan bir çalışmada ise sezaryen doğumun, daha yüksek statü ve modernlik olarak algılandığı tespit edilmiştir (Abbaspoor vd 2014).

Bireylerin doğumla ilgili tutumları, ağrı ile ilgili beklentileri, öz yeterlilik ve doğum algısı doğum şekli tercihleriyle ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada vajinal doğumu tercih eden kadınların %67,6'sı doğum ağrısı ile baş edebileceğini düşünürken sezaryen seçenlerin %32,7'si ağrı ile baş edebileceğini belirtmiştir. Vajinal doğumu tercih eden kadınların doğumu yönetme/baş etme yeteneklerine güvendikleri, doğumu doğal bir olay olarak algıladıkları, doğum ağrısı kabullerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Sezaryen tercih eden kadınların ise cerrahi müdahaleyi daha kolay kabullenme, ağrı korkusu ve

düşük öz yeterliliğe sahip olduğu saptanmıştır (Edmonds vd 2015). Abartılmış ağrı algısı sezaryen tercihini etkileyen önemli bir faktördür (Liu vd 2013). Antenatal eğitimlerle, doğuma yönelik negatif algı ve doğum korkusunun giderilmesi sonucunda istek üzerine uygulanan sezaryen oranları düşürülebilir (Serçekuş vd 2015).

2.2.3 Bakım veren personelin rolü

Yapılan çalışmalarda doğum şekli tercihlerinde bakım veren personelin de etkili olduğu belirlenmiştir (Arcia 2013, Liu vd 2013, Stoll vd 2016,). Sağlık personelleri, kadınların en uygun doğum deneyimini yaşamasında ve gelecekteki doğurganlığının belirlenmesinde anahtar bir rol almaktadır (Kringeland vd 2010). Kadınlar için gebelik ve doğum sürecinde kendi ideolojisini ve stilini paylaşan bir sağlık personeli bulmak ve bakım veren kişi ile iyi bir ilişki kurmak önemlidir. Bakım veren personele duyulan güven, doğum ile ilgili tüm kararların uygun-gerçekçi kriterlere dayanacağına duyulan güven ile doğru orantılıdır (Liu vd 2013). Doğuma yönelik eğitici eğitimleri isteğe yönelik sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili bir yoldur (Chen vd 2018).

Doğumun ebe tarafından gerçekleştirilmesini isteyen kişiler vajinal doğumu tercih etmekte, doğum felsefelerine ve hasta-bakım veren ilişkisine değer vermektedir (Stoll vd 2016). Bakım verenin işbirlikçi davranış sergilediği durumlarda kadınların ebe bakımı ve evde doğumu seçme ihtimali daha yüksektir (Arcia 2013, Stoll vd 2016). Doğum sürecinde bakım verenin rolünü baskın olarak algılayan kadınlar daha çok hekim bakımı ve hospitalizasyon tercih etmektedir (Arcia 2013). Aynı şekilde doğum güvenliği, doğum ağrısı ve doğumun bedensel etkilerine yönelik endişe ve korku yaşayan kadınlar da hekim bakımını tercih etmektedir. Hekim bakımı tercih edenlerin ebe tercih edenlere kıyasla epidural anestezi ve sezaryen seçmeye yatkın olduğu belirlenmiştir (Stoll vd 2016).

Yapılan bir çalışmada kadınların çoğunun doğum şekli tercihlerini belirlerken hekimlerinden etkilendikleri saptanmıştır (Torloni vd 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sezaryen tercih edenlerin oranı %21,2 olarak tespit edilmiş ve sezaryen seçimini etkileyen en önemli faktörün hekim isteği olduğu belirlenmiştir. Sağlık personellerinin doğuma yönelik bilgilendirme ve danışmanlıklarının yeterli düzeyde olmaması, ebeveynlerin doğum kararlarına yeterli ve bilinçli katılımını engellemektedir (Karabulutlu 2012). Kadınların doğum şekillerine yönelik bilgilendirilmemiş olması 1,4 kat daha fazla sezaryen seçimine sebep olmaktadır (Özkan vd 2013). Sezaryen

endikasyonu için zorunlu ikinci görüş alınması, klinik kılavuzlar oluşturulması, sezaryen operasyonlarının denetimi ve sezaryen uygulamaları hakkında geri bildirimlerin yapılması sezaryen oranlarını güvenli şekilde azaltabilir. Sağlık personellerine yönelik yapılacak bu tür müdahalelerin kanıt düzeyi yüksek müdahaleler olduğu belirlenmiştir (Chen vd 2018).

2.2.4 Doğum deneyimi

Doğum deneyimi kadınlar için özel ve önemli bir olgudur. Bebekle geçirilen ilk anlar, duygular ve algılanan kontrol duygusu doğum şekline bağlı olarak değişmekte ve yaşanan doğum deneyimini önemli derecede etkilemektedir (Guittie vd 2014). Dünya Sağlık Örgütü (2018b) pozitif doğum deneyiminin, doğum öncesinde saygılı bakım, etkin iletişim, doğum süreci ve doğum sırasında iş birliği ve bakımın devamlı olması ile gerçekleşeceğini bildirmektedir. Doğum şekli tercihinin belirlemede kadınların yaşadıkları kişisel deneyimlerin, duygusal durumların farkında olmak ve bu durumlara saygı göstermek önemli rol oynamaktadır (Torloni vd 2013). Doğum sırasında yaşanabilecek komplikasyonların önlenemediği durumlarda kadınların kendilerini güvende hissetmesi sağlanarak negatif doğum deneyimi yaşamayı önlenir (Størksen vd 2015). Olumlu bir doğum deneyiminin oluşmasında sağlık personellerinin hareket ve tutumları da etkilidir (Guittie vd 2014). Kadınların doğum sırasında, sağlık personelinin stres altında olduğunu hissetmesi, komplike olmayan bir doğumu travmatik olarak algılamasına yol açabilir (Størksen vd 2015). Olumsuz doğum deneyimleri büyük ölçüde önlenir sebeplere dayanmaktadır. Doğum ve sezaryen korkusunun önlenmesinde, kişisel deneyimler önemli bir faktördür (Torloni vd 2013). Bu nedenle doğum sonrası dönemde de kadınlarla, doğum deneyimleri hakkında mutlaka konuşulmalı/tartışılmalıdır (Guittie vd 2014).

Erkeklerin eşlerinin önceki doğum deneyimi, doğuma hazırlıklı olma durumu, kontrol algıları ve sağlık personelleri ile etkileşimleri çerçevesinde gelişen bir olgudur. Erkeklerin bu süreçte neler olduğu ve ne beklentileri gerektiği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları olumlu doğum deneyiminin oluşmasında en önemli faktördür (Johansson vd 2013). Erkeklerin eşlerinin önceki doğum deneyimleri de sezaryen tercihinin etkilemektedir. Olumsuz doğum deneyimi erkeklerin sezaryen tercihindeki en etkili faktördür. Olumsuz vajinal doğum ve acil sezaryen deneyimi sonrasında erkekler, olumsuz deneyimden kaçınmak, psikolojik rahatlık gibi sebeplerle planlı sezaryen doğumu seçmeye daha yatkın olmaktadır (Johansson vd 2010). Erkeklerin sezaryeni,

doğum sırasında eşlerini destekleme konusunda yaşadıkları endişeleri azalttığı, kendilerine hazırlık zamanı, kesinlik, kontrol ve güvenlik hissi sunduğu gerekçeleri ile olumlu algıladıkları belirlenmiştir (Johansson vd 2013).

Yapılan bir çalışmada önceki doğumu sezaryen olarak gerçekleşen kadınların çoğunluğunun (%60) gelecekteki doğumlarında vajinal doğumu tercih edecekleri gösterilmiştir. Önceki doğumu vajinal olanların yalnızca %6'sı sezaryen tercih edeceğini belirtmiştir. Ayrıca multipar kadınların nulliplarlara kıyasla daha fazla oranda vajinal doğum seçtiği belirlenmiştir (Torloni vd 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise sezaryen tercihinde bulunan kadınların çoğunluğunun (%62,3) daha önceki doğumunun vajinal doğum olduğu belirlenmiştir (Karabulutlu, 2012). Negatif doğum deneyimi sezaryen tercihinin etkileyen önemli bir faktördür (Størksen vd 2015). Önceki doğumu sezaryen olanların yalnızca %3,6'sı vajinal doğumu tercih edeceğini belirtmiştir (Karabulutlu, 2012). Önceki doğumun sezaryen olması ve annenin sezaryenin daha yararlı olduğunu düşünmesi doğum şekli tercihinin sezaryen olmasında etkilidir (Dweik vd 2014).

Doğumla baş edebilmek, güçlü hissedebilmek ancak olumlu bir doğum deneyimi sonrası gerçekleşebilir (Dahlberg vd 2016). Doğum deneyiminin duygusal ve fiziksel etkileri, ikinci bir gebeliğe yönelik hayalleri etkilediği gibi uzun vadede sağlığın teşviki ve güven duygusunu da etkilemektedir (Guittie vd 2014, Dahlberg vd 2016).

2.3 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihleri Ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Kadınların doğum şekli tercihi ve etkileyen faktörlere yönelik çok sayıda çalışma olmasına karşılık, sağlık personellerinin doğum şekli tercihlerini inceleyen çalışmaların sayısı daha azdır. Bu çalışmaların sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Sağlık personellerinin doğum şekli tercihleri, ülkelerin sağlık politikalarına, kültürlerine bağlı olarak değişmektedir (Arikan vd 2011, Ouyang ve Zhang 2012, Kovavisarach ve Ruttanapan 2016).

Sağlık personelleri ve sağlık personeli olmayan kişilerle yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %90,2'sinin, sağlık personeli olmayanların ise %88,8'inin vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir. Vajinal doğum tercih edenlerin %30,4'ü epidural

anestezi tercih ettiğini belirtmiş ve sağlık personellerinin daha fazla oranda epidural anestezi tercih ettiği tespit edilmiştir. Kadın doğum uzmanlarının %39,1'i epidural anestezi tercih ederken, ebelerin %4,1'inin bu doğum şeklini tercih ettiği belirlenmiştir. Sezaryen seçiminde sağlık personellerinin tercihleri birbirine benzer bulunmuştur ancak ürojinekoloji uzmanlarının daha fazla sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir. Fetal morbidite ve pelvik taban bozuklukları endişesi sezaryen tercihinin etkileyen temel faktörlerdir (Bihler vd 2019). İrlanda'da sağlık personeli olan gebelerin %2,4 oranında sezaryeni tercih ettiği belirlenmiştir. Sağlık personeli olmayan gebelerde ise bu oran %19,4 olarak bildirilmiştir (Sharpe vd 2015). Sağlık personellerinin doğumda ağrı yönetimine ilişkin tercihlerinin sorgulandığı bir çalışmada, ebelerin daha çok fiziksel yöntemleri tercih ettiği kadın doğum uzmanlarının ise farmakolojik yöntemlere yöneldiği belirlenmiştir. Aynı şekilde ebeler, kadın doğum uzmanlarına kıyasla daha az epidural anestezi tercih etmiştir (Madden vd 2013). İngiltere'de kadın doğum uzmanlarının %90'nın vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılanlardan çocuk sahibi olanların %26,5'nin sezaryen operasyonu geçirdiği ve bu operasyonlar arasında isteğe bağlı uygulanan sezaryen oranının %1 olduğu bildirilmiştir (Lightly vd 2014). Ürdün'de yapılan bir çalışmada ise kadın doğum uzmanlarının %7'si sezaryen seçmektedir. Bu seçimi etkileyen faktörler doğumun uzun sürme korkusu (%86,4), cinsel fonksiyonları koruma niyeti (%50), perineal hasar korkusu (%18,2), zamanın belli olması (18,2) ve bebeğe zarar verme korkusu (%9,1) olarak tespit edilmiştir (Lataifeh vd 2009). İrlanda, İskoçya ve İngiltere'nin farklı bölgelerindeki sağlık personelleriyle yapılan bir çalışmada ise sezaryen tercih etme oranı %13,8'dir. Bu tercihlerin sebebi ise perine ve pelvik organların zarar görme korkusudur (Wright vd 2001). Tayland'da yapılan bir çalışmada kadın doğum uzmanları arasında en çok tercih edilen doğum şekli (%68,9), vajinal doğum olmuştur. Uzmanların %25,1'i sezaryen tercihi olduğunu belirtmiştir. Çocuk sahibi olanların vajinal doğum oranı %22,2, müdahaleli vajinal doğum %14,9 ve sezaryen ise %38,1'dir. İstek üzerine gerçekleşen sezaryen operasyonların oranının %17 olduğu tespit edilmiştir. Sezaryen seçimini etkileyen faktörler, cinsiyet, on yıldan az deneyime sahip olmak ve daha önce geçirilen sezaryen operasyonudur (Kovavisarach ve Ruttanapan 2016). Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %69,7'sinin sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Bu doğumların %49'u ise tıbbi endikasyon olmayan isteğe yönelik yapılan operasyonlardır. Bu oran kadın doğum uzmanlarında %53,2, ebelerde %47,4 ve hemşirelerde %45,3'tür. Sezaryen seçimini etkileyen faktörler; anne-bebek için güvenlik endişesi, daha kolay ve hızlı doğum yapma arzusu, vajinal doğumun öngörülemez riskleri hakkında endişe duyma, sezaryenin zamanlanabilir olması ve vajinal doğum becerilerine inanmama olarak belirlenmiştir (Ouyang ve Zhang 2012). İsveç'te sezaryen tercih eden sağlık personeli oranı ise %30 olarak kaydedilmiştir (Sahlin vd

2017). Hollanda'da gebeler, anneler ve doğum uzmanları ile yapılan çalışmada tüm grupların vajinal doğumu tercih etme eğiliminde olduğu görülmüştür. Doğum uzmanlarının anne ve gebelere göre sezaryen doğuma karşı daha isteksiz olduğu bildirilmiştir (Vandenbussche vd 1999).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada sezaryen oranının, sağlık personeli olan grupta %61, sağlık personeli olmayanlarda ise %38 olduğu bulunmuştur. Sağlık personellerinde isteğe yönelik sezaryen oranı %37,7 iken sağlık çalışanı olmayan grupta bu oran %14,4 olarak tespit edilmiştir. Sezaryen tercihinin etkileyen en önemli faktörler, sezaryenin ne zaman ve ne kadar sürede olacağına bilinmesidir. Ayrıca doğum ağrısı korkusu, önceki negatif deneyimler tercihi etkileyen diğer faktörlerdir (Akyol vd 2011). Kadın doğum uzmanları ile yapılan bir çalışmada, uzmanların %61,8'inin sezaryen ile çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Bu operasyonların %88,7'si ise isteğe bağlı olarak gerçekleşmiştir. Uzmanların sezaryen tercihinin etkileyen en önemli faktör ise anorektal travmadan korunmak olarak bulunmuştur (Arikan vd 2011). Ülkemizde bu oranın İngiltere ve İrlanda gibi gelişmiş ülkelere göre çok daha fazla olması dikkat çekicidir. Kadın doğum uzman hekimleri ile yapılan kalitatif bir çalışmada hekimler, doğumun riskli bir süreç olduğunu ve hastanede yönetilmesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Ayrıca uzmanların çalışma ortamlarında karşılaştıkları olumsuzluklar ve yasal baskıların sezaryen artışında bir etken olabileceğine dikkat çekilmiştir (Bülbül, 2012). Yapılan çalışmalar ülkemizde sağlık personelinin normal popülasyona göre daha fazla sezaryen tercihinde bulunduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ülkemizde sağlık personellerinin sezaryen tercihinin İngiltere ve İrlanda gibi gelişmiş ülkelere göre daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

Sezaryen öyküsü olan uzmanların kendi doğum şeklini gebelere de önerdiği belirlenmiştir (Hantoushzadeh vd 2009). Sağlık personellerinin yüksek oranda sezaryen tercih etmesi, yüksek sezaryen oranlarının oluşmasında etkili olabilir (Ouyang ve Zhang 2012). Gereksiz sezaryenleri engelleyebilmek adına gebe merkezli bakımı iyileştirmek ve sağlık personellerinin eğitiminde vajinal doğuma yönelik bilgiyi artırmak gerekmektedir (Bihler vd 2019).

2.3.1 Sağlık personellerinin maternal istek üzerine yapılan sezaryene ilişkin görüşleri

Kadınları sezaryen isteğine yönlendiren sebepler ağrı ve doğum korkusu iken sağlık personellerinin sezaryeni kabul etmesindeki etkenler daha farklıdır. Hekimlerle yapılan çalışmalarda hekimlerin isteğe bağlı sezaryeni; malpraktis korkusu/yanlış uygulamalardan kaçınma, kadınların güvenliği, kolay ve zamanlanabilir olması, kadınların isteği ve otonomisini desteklemek gibi amaçlarla kabul ettiği belirlenmiştir. Ayrıca kanuni yükümlülükler, acil sezaryenden kaçınma, pelvik organ prolapsusunu önleme, sezaryenin daha hızlı, kazançlı olması, daha iyi çalışma saatleri gibi faktörler de bu seçimde etkilidir (Campo-Engelstein vd 2015). Yapılan bir çalışmada doğum uzmanlarının %61'i istek üzerine sezaryen uygulamasını sorunlu olarak tanımlamaktadır. Ancak hekimlerin yaklaşık yarısı (%49) hasta özerkliğine saygı, vajinal doğum sırasında iş birliği eksikliği yaşanmaması ve doğum sonrası şikayetleri önleme gibi nedenlerle isteğe yönelik sezaryeni uygulayacağını belirtmiştir (Fuglenes vd 2010). Konu ile ilgili çalışmalarda hekimlerin yaklaşık yarısının, kadınların sezaryen seçme hakkı olduğunu düşündüğü ve bu operasyonları gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Bettes vd 2007, Chigbu vd 2010). Ülkemizde de benzer şekilde hekimlerin %40,8'i her kadının doğum şekli olarak sezaryen seçme hakkı olduğunu düşündüğünü ve %53,2'si istek üzerine sezaryen gerçekleştireceğini belirtmiştir (Arikan vd 2011). Hekimler ebeveynlerin kaygısı ve ısrarının isteğe yönelik sezaryeni kabul etmelerinin en önemli nedeni olduğunu belirtmişlerdir (Arikan vd 2011).

Çin'de yürütülen bir çalışmada istek üzerine sezaryen yapılmasını onaylayan doktorlar operasyonun faydalarının risklerden daha ağır bastığına inanmaktadır. Doğum sırasında acil durumlara başa çıkmada daha düşük beceri düzeyine sahip doktorlar, gebe kadınlarla çatışmaları ve sorumluluğu önlemek için istek üzerine sezaryen uygulamayı tercih etmektedirler (Sun vd 2020). İngiltere'de yapılan bir çalışmada doğum uzmanlarının %6'sı isteğe bağlı olarak sezaryen olduğunu belirtmiştir ve çocuk sahibi olmayanların %21'i ise sezaryen doğum gerçekleştirmek istediğini belirtmiştir. Sezaryen seçiminde etkili faktörler, pelvik taban, perine ve bebeğin güvenliği ve vajinal doğuma kıyasla cerrahinin rahat olduğu düşüncesidir (Aref-Adib vd 2018). Ülkemizde kadın doğum uzmanı hekimlerle yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %61,8'inin sezaryen operasyonu ile çocuk sahibi olduğu ve bu operasyonların %88,7'sinin istek üzerine yapılan sezaryen olduğu belirlenmiştir. Sezaryen seçimini etkileyen faktörler anorektal

travmadan korunma, rahatlık, daha az ağrı, anne bebek için güvenli olduğunu düşünme, ürojinekolojik endişeler, postpartum kanamanın önlenmesi, daha az enfeksiyon riski, cinsel işlev üzerinde daha az etki, pelvik organ prolapsusu olasılığının azalması, vajinal doğumda fetal ölüm korkusu ve daha az çocuk arzusudur (Arikan vd 2011).

İsteğe yönelik uygulanan sezaryen, sezaryen oranını yükselten önemli bir faktördür (Arikan vd 2011). Sezaryen oranlarını azaltmada öncelikle kadın doğum uzmanlarına odaklanmak ve vajinal doğuma yönelik eğitimi arttırmak gerekmektedir (Arikan vd 2011, Sun vd 2020). İsteğe yönelik sezaryeni kabul etmeden önce kadınlarla en az bir risk ve fayda üzerine konuşulması gerekmektedir (Bettes vd 2007). Maternal sezaryen istemini yönetecek uygun kılavuzlar ile sağlık personellerinin eğitimi isteğe yönelik sezaryen oranlarını düşürmede yararlı olabilir (Aref-Adib vd 2018). Sağlık personelleri etik ve tıbbi nedenlerle bu karara katılmasalar bile isteğe yönelik sezaryeni kabul edebilmektedirler. Bu kabulü etkileyen en önemli faktör hukuki sorumluluklardır (Indraccolo vd 2015). Hekimler isteğe yönelik sezaryeni bazı yükümlülüklerden uzak durmak ve yasal sonuçlardan korunmak amaçlı kabul etmektedir (Chigbu vd 2010, Indraccolo vd 2015). Ayrıca uzmanların çoğu istek üzerine sezaryen uygulama ile ilgili kısıtlamaların olması gerektiğini düşünmektedir (Fuglenes vd 2010). Kadın doğum uzmanlarının psikolojik yükünü hafifletmek için tıbbi anlaşmazlıkların adil bir şekilde ele alınması gerekmektedir (Sun vd 2020). Vajinal doğum sırasında bazı tıbbi hataların komplikasyonlara yol açabileceği bilinmektedir. Ancak sezaryen için endikasyon olmadığı durumlarda vajinal doğumu denemek tıbbi bir hata değildir ve kanunlarca da desteklenmesi gerekmektedir (Indraccolo vd 2015).

Ülkemizde kadın doğum uzmanları ile yapılan bir çalışmada, yüksek sezaryen oranlarında yasal işlemlerin ve yüksek tazminat miktarlarının etkili olduğu belirlenmiştir. Malpraktis davası endişesi nedeniyle uzmanlar sezaryene yönelmektedir. Vajinal doğumun öngörülemeyen riskleri ve yakınların/ailelerin sıfır komplikasyon beklentileri hekimleri yasal korkuya ve vajinal doğum yaptırırken kendilerini güvensiz hissetmelerine sebep olmaktadır (Küçük 2017). Sezaryen oranlarının düşürülmesinde hastanelerin ve sağlık personellerini cezalandırılması yerine sezaryene sebep olan faktörlerin önlenmesi gerekmektedir (Santas ve Santas 2018).

2.4 Çalışmamızın Hipotezleri Şunlardır;

H₁: Sağlık personellerinin çoğunluğunun gerçekleştirdiği doğum şekli sezaryendir.

H₂: Sağlık personelleri sezaryen sonrası vajinal doğumun yapılamayacağını düşünmektedir.

H₃: Sağlık personellerinde normal doğuma göre sezaryen doğumu tercihi daha fazladır.

H₄: Sağlık personellerinin maruz kaldığı olumsuz deneyimler sezaryen tercihine sebep olmaktadır.

H₅: Sağlık personellerinin yaşı arttıkça vajinal doğum tercihi artmaktadır.

H₆: Sağlık personellerinin mesleki deneyimi arttıkça vajinal doğum tercihi artmaktadır.

H₇: Sağlık personellerinin çocuk sahibi olma durumu vajinal doğum tercihini artırmaktadır.

H₈: Sağlık personellerinin vajinal doğum gerçekleştirmesi, vajinal doğumu tercih etmesinde etkilidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Tipi:

Araştırma tanımlayıcı, ilişkisel tipte bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversite Hastanesinde çalışan tüm sağlık personeli (1385 personel) oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü sayısı, evreni bilinen örneklem formülü ($n = \frac{N \times t^2 \times (p \times q)}{d^2(N-1) + t^2 \times (p \times q)}$) kullanılarak hesaplanmış olup, 346 sağlık personeli olarak belirlenmiştir (Sümbüloğlu). Doğum şekli tercihi ile ilgili görülüş sıklığına yönelik bir veri olmadığından p ve q değerleri 0.05 olarak alınmıştır. $1385 \times (1.96 \times 1.96) \cdot (0.5 \times 0.5) / ((0.05 \times 0.05) \times (1385 - 1) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 \times 0.5)) = 346$ Örneklem, en az lise mezunu, 18 yaş ve üzeri araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık personelleri alınmış toplamda 347 sağlık personeline ulaşılmıştır.

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örneklem alınacak kişi sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen +/- sapma

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Denizli ilinde bulunan Pamukkale Üniversite Hastanesi'nde yapılmıştır. Veriler, 1 Mart 2019-1 Eylül 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları tek merkezde yapılmış olmasından dolayı Denizli iline genellenememesi, sağlık personellerinin çalışmaya katılmaya isteksiz olmasından dolayı her birimden eşit sayıda sağlık personeline ulaşılamamasıdır.

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (25/12/2018 tarih ve 24 sayılı) (EK 1). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK 2). Araştırmada elde edilen bulgular ışığında tez başlığının değiştirilmesi için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'na başvurulmuş ve değiştirilmesinde sakınca olmadığına dair karar alınmıştır (17.03.2020 tarih ve 06 sayılı) (EK 3).

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Arikan vd 2011, Aref-Adib vd 2018, Sun vd 2020) oluşturulan iki anket formu kullanılmış ve yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır. İlki; Tanıtıcı Bilgi Formu, ikincisi Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenlerini Sorgulama Formudur.

Tanıttıcı Bilgi Formu: Bu form, 10 maddeden oluşmakta olup, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyo-demografik bilgilere yönelik sorular içermektedir (EK 4).

Doğum Şekli Tercihleri ve Nedenlerini Sorgulama Formu: Bu form, 9 maddeden oluşmakta olup, doğum şekli tercihleri ve nedenlerine yönelik sorular içermektedir (EK 5).

3.7 Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 24 sağlık personeline ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu bazı sorularda değişiklik yapılarak sorular daha anlaşılır hale getirilmiştir.

3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 19.0 programı kullanılarak analiz yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin gösterimi ortalama, standart sapma (SS) ve ortanca biçiminde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterilmiştir. Tez çalışmasında kategorik veriler arasındaki anlamlılığı ölçmek için ki kare testi uygulanmıştır. Anlamlı ilişki bulunan durumlarda ilişkinin tabiatını ortaya koyabilmek için satır veya sütun yüzdeleri değerlendirilmiştir. Ki kare analizinde değişkenler arasında ilişkinin tespit edildiği durumlarda Phi (Φ) sayısı ile, Contingency Katsayısına bakılmıştır. Serbestlik derecesi 1 olan [2x2'lik] analizlerde, ilişkinin gücü Phi (Φ) sayısı ile, bunun dışındaki durumlarda ise Contingency Katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Phi (Φ) sayısı -1 ile +1 arasında değerler alır. Phi (Φ) sayısının 0'a yakınlığı değişkenler arasındaki ilişkinin zayıflığını, 1'e yakınlığı ise değişkenler arasında pozitif ilişki olduğunu, -1'e yakınlığı ise değişkenler arasında negatif ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Contingency Katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır ve Ki kare testinde çıkan ilişki derecesinin ölçüsüdür. Contingency Katsayısının 0'a yakınlığı değişkenler arası ilişkinin zayıf olduğunu gösterirken 1'e yakınlığı yüksek derecede ilişkinin varlığını

gösterir. Kat sayılar bu sınırların üzerinde değer alabilir. Phi (Φ) sayısı Katsayı 0 ise değişkenler arasında ilişki yok (bağımsız), 1 ise değişkenler arasında tam pozitif ilişki, -1 ise değişkenler arasında tam negatif ilişki var (bağımlılık) demektir (Can 2018).

4.BULGULAR

4.1. Sağlık Personellerinin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 1 Sağlık Personellerinin Sosyodemografik Bulguları

Bulgular	Sayı (%)
Yaş (*Ortalama+SS)	31,35±8,01*
Cinsiyet	
Kadın	270 (77,5)
Erkek	78 (22,5)
Medeni Durum	
Evli	182 (52,4)
Bekar	165 (47,6)
Eğitim Durumu	
Lise	21 (6,1)
Ön Lisans	60 (17,3)
Lisans	162 (46,7)
Yüksek Lisans	77 (22,2)
Doktora ve üstü	27 (7,7)
Ekonomik Durum	
Gelir giderden az	80 (23,1)
Gelir gidere eşit	224 (64,6)
Gelir giderden yüksek	43 (12,3)
Meslek	
Hekim	79 (22,8)

Hemşire	179 (51,6)
Fizyoterapist	17 (4,9)
Sağlık Teknikeri-Teknisyeni	41 (11,8)
Ebe	18 (5,2)
Diğer	13 (3,7)
Mesleki deneyim	
<5 yıl	151 (43,5)
5-10 yıl	96 (27,7)
>10 yıl	100 (28,8)
Çalışılan birim	
Kadın hastalıkları-doğum	51 (14,7)
Pediyatri	32 (9,2)
Acil Servis	39 (11,2)
Cerrahi Servisler	39 (11,2)
Dahiliye-Göğüs	32 (9,2)
Poliklinik	32 (9,2)
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	29 (8,4)
Yoğun bakım	28 (8,1)
Fakülte	23 (6,6)
Doğumhane	21 (6,1)
Onkoloji	16 (4,6)
Diğer	5 (1,4)
Toplam	347 (100)

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması $31,35 \pm 8,01$ yıl olup, çoğu (77,5) kadındır. Katılımcıların çoğunun eğitim durumu lisans düzeyinde olup (%46,7), çoğunun (%64,6) ekonomik durumu orta seviyededir. Katılımcıların meslekleri; hemşire (%51,6), hekim (%22,8), sağlık teknikeri-teknisyeni (%11,8), ebe (%5,2), fizyoterapist (%4,9) ve diğer (%3,7) olarak tespit edilmiştir.

4.2. Sağlık Personellerinin Önceki Gerçekleştirdiği Doğum Şekli

Tablo 2 Sağlık Personellerinin Önceki Doğum Şekline Yönelik Bulgular

Çocuk sahibi olma	Sayı (%)
Evet	158 (45,5)
Hayır	191 (54,5)
Doğum şekli	
Vajinal	45 (28,5)
Sezaryen	113 (71,5)
Sezaryen gerekçeleri	
Tıbbi endikasyon	64 (56,6)
İsteğe yönelik	49 (43,4)
Sezaryen endikasyonları	
Fetal risk-hastalık	18 (28,1)
Prezantasyon anomalisi	13 (20,3)
Maternal risk-hastalık	13 (20,3)
Gebeliğe bağlı komplikasyonlar	10 (15,6)
Hekim önerisi	6 (9,3)
Baş- Pelvis uyumsuzluğu	3 (4,6)
IVF	1 (2,4)

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin gerçekleştirdikleri doğum şekillerine yönelik bulgular Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcıların %45,5'i çocuk sahibidir ve doğumların %71,5'i sezaryen doğum ile gerçekleşmiştir. Bu bulguya göre sağlık personellerinin çoğunluğunun gerçekleştirdiği doğum şekli sezaryendir (H_1) hipotezi kabul edilmiştir. Sezaryen operasyonlarının %56,6'sı tıbbi endikasyon sebebi ile gerçekleştirilmiştir. En çok görülen tıbbi endikasyonlar ise fetal risk-hastalık (%28,1), prezantasyon anomalisi (%20,3), maternal risk-hastalık (%20,3) olarak tespit edilmiştir.

4.3. Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşünceleri

Tablo 3 Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşünceleri

Bulgular	Sayı (%)
Sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açısı	
Riskli-yapılamaz	232 (66,9)
Yapılabilir	115 (33,1)
Sağlıklı gebelikte vajinal doğumu kim yaptırmalı?	
Hekim	215 (62,0)
Ebe	132 (38,0)
Sezaryen kadınlar için bir seçim hakkı mıdır?	
Evet	252 (72,6)
Hayır	95 (27,4)
İsteğe yönelik sezaryen uygulamasını uygun bulma durumu	
Evet	149 (42,9)
Hayır	198 (57,1)
Doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu	
Evet	300 (86,5)
Hayır	47 (13,5)
Toplam	347 (100)

Katılımcıların %66,9'u sezaryen sonrası vajinal doğumun riskli-yapılamaz olduğunu düşünmektedir. Bu bulguya göre sağlık personelleri sezaryen sonrası vajinal doğumun yapılamayacağını düşünmektedir (H_2) hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcıların %62'si sağlıklı gebelikte vajinal doğumun hekim tarafından yaptırılması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların %72,6'sı sezaryenin kadınlar için bir seçim hakkı olduğunu düşünmektedir. İsteğe yönelik sezaryen uygulamasını katılımcıların %57,1'i uygun bulmamaktadır.

Tablo 4 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihleri

Doğum şekli tercihi	Sayı (%)
Vajinal doğum	231 (66,6)

Sezaryen doğum	116 (33,4)
Vajinal doğum tercihleri	
Epidural anestezili vajinal doğum	55 (23,9)
Doğal vajinal doğum	121 (52,6)
Suda vajinal doğum	55 (23,9)

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin doğum şekli tercihlerine yönelik bulgular Tablo 4'te sunulmuştur. Katılımcıların %66,6'sı vajinal doğum tercih ederken, %34,4'ü sezaryen doğumu tercih etmiştir. Vajinal doğum tercih eden personelin %52,6'sı doğal vajinal doğumu seçerken, %23,9'u epidural anestezili vajinal doğum ve %23,9'u suda vajinal doğumu tercih etmiştir. Bu bulguya göre sağlık personellerinde vajinal doğuma göre sezaryen doğum tercihi daha fazladır hipotezi (H₃) reddedilmiştir.

4.3.1. Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercih Nedenleri

Tablo 5 Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri

Tercih nedenleri *	Sayı (%)
Doğum korkusu	57 (49,1)
Doğum ağrılarının şiddetli olduğunu düşünme	46 (39,6)
Olumsuz vajinal doğumlara tanık olma/duyma	44 (37,9)
Anne- bebek için daha risksiz olduğunu düşünme	41 (35,3)
Doğum zamanı ve süresinin belli olması	39 (33,6)
Daha konforlu/güvenli olduğunu düşünme	40 (34,4)
Epizyotomi korkusu	37 (31,9)
İleride üreme organlarında prolapsusu ve inkontinans olmaması için	30 (25,8)
Kanama/anorektal yaralanma riskinin daha az olması	28 (24,1)
Eşin/Kendinin vajinal doğum yapabileceğine inanmama	26 (22,4)
Vajinal doğum yaptıracak sağlık personeline güvenmeme	26 (22,4)
Tıbbi endikasyon olması	26 (22,4)
Vajinal doğumun uzun vadede olumsuz etkisi olacağını düşünme	21 (18,1)
Anne-bebek açısından daha sağlıklı olduğunu düşünme	18 (15,5)
Doğumu için, gebelik boyunca takip eden hekimi isteme	17 (14,6)
Üreme organlarına yönelik estetik kaygı	16 (13,7)

Doğumhane şartlarının vajinal doğum için uygun olmaması	15 (12,9)
Cinselliğin olumsuz etkilenmesi ile ilgili tereddütler	12 (10,3)
Cinsel hazzın azalması ile ilgili tereddütler	9 (7,7)
Önceki vajinal doğumda olumsuz deneyim yaşanması	8 (6,9)
Hekim isteği	7 (6,3)
Eş isteği	4 (3,4)
Sosyal baskı	1 (0,8)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Sağlık personellerinin sezaryen doğum tercih nedenleri Tablo 5'te sunulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu doğum korkusu (%49,1), doğum ağrılarının şiddetli olması (%39,6), olumsuz vajinal doğumlara tanık olma/duyma (%37,9) gibi nedenlerle sezaryen doğumu tercih etmiştir. Bu bulguya göre sağlık personellerinin maruz kaldığı olumsuz deneyimler sezaryen tercihinin sebep olmaktadır (H₄) hipotezi kabul edilmiştir. Sezaryen doğumu tercih etmedeki diğer nedenler; vajinal doğum yaptıracak sağlık personeline güvenmeme (%22,4), üreme organlarına yönelik estetik kaygı (%13,7) ve cinselliğin olumsuz etkilenmesi ile ilgili tereddütler (%10,3) gibi nedenlerdir.

Tablo 6 Vajinal Doğum Tercih Nedenleri

Tercih nedenleri *	Sayı (%)
Doğal ve anne bebek için daha sağlıklı olması	219 (94,8)
Postpartum dönemin daha iyi geçmesi	173 (74,8)
Erken iyileşme ve erken taburculuk	120 (51,9)
Bebeğin daha erken emzirilebilmesi	102 (44,1)
Daha az komplikasyon riski olması	98 (42,2)
Annelik içgüdüğü	87 (37,6)
Sezaryenin uzun vadede olumsuz etkilerinin olacağını düşünme	83 (35,9)
Daha az enfeksiyon	76 (32,9)
Daha az kanama	53 (22,9)
Anestezi ve/veya operasyon korkusu	43 (18,6)
Estetik kaygısı	38 (16,4)
Anne vücudunun temizleneceğini düşünme	36 (15,5)

Olumsuz sezaryen doğumlara tanık olma/duyma	31 (13,4)
Üçten fazla çocuk isteği	11 (4,7)
Eş isteği	9 (3,9)
Önceki sezaryende olumsuz deneyim yaşanması	7 (3)
Hekim isteği	6 (2,6)
Yakın çevre isteği	3 (1,3)
Sosyal baskı	1 (0,4)
Dini	4 (1,7)
Anne-bebek iletişiminin daha iyi olması	1 (0,4)
Sezaryenin daha ağırlı olması	1 (0,4)
Vajinal doğumun daha konforlu olduğunu düşünme	1 (0,4)

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Sağlık personellerinin vajinal doğum tercih nedenleri Tablo 6'da sunulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu, doğal ve anne bebek için daha sağlıklı olması (%94,8), postpartum dönemin daha iyi geçmesi (%74,8), erken iyileşme ve erken taburculuk (%51,9) gibi nedenlerle vajinal doğumu tercih etmiştir. Vajinal doğum tercih etmedeki diğer nedenler; anestezi ve/veya operasyon korkusu (%18,6), anne vücudunun temizleneceğini düşünme (%15,5) ve olumsuz sezaryen doğumlara tanık olma/duymadır (%13,4).

4.4. Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler

4.4.1 Sosyodemografik bulguların doğum şekli tercihini etkileme durumu

Tablo 7 Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Sosyodemografik Bulgular

Doğum şekli tercihi	Vajinal doğum Sayı (%)	Sezaryen doğum Sayı (%)	p değeri*/ Phi katsayısı**/ Contingency katsayısı***
Bulgular			

Yaş grupları			0,000* / 0,325***
19-24	57 (86,4)	9 (13,6)	
25-29	88 (71,0)	36 (29,0)	
30-34	27 (58,7)	19 (41,3)	
35-39	15 (44,1)	19 (55,9)	
40-44	20 (40,8)	29 (59,2)	
45 ve üstü	24 (85,7)	4 (14,3)	
Cinsiyet			0,098*
Kadın	173 (64,3)	96 (35,7)	
Erkek	58 (74,4)	20 (25,6)	
Medeni durum			0,000*/ -0,247**
Evli	101 (55,5)	81 (44,5)	
Bekar	130 (78,8)	35 (21,2)	
Eğitim durumu			0,860*
Lise	14 (66,7)	7 (33,3)	
Ön lisans	41 (68,3)	19 (31,7)	
Lisans	111 (68,5)	51 (31,5)	
Yüksek Lisans	49 (63,6)	28 (36,4)	
Doktora ve üstü	16 (59,3)	11 (40,7)	
Ekonomik durum			0,839*
Gelir giderden az	53 (66,3)	27 (33,8)	
Gelir gidere eşit	151 (67,4)	73 (32,6)	
Gelir giderden fazla	27 (62,8)	16 (37,2)	
Meslek			0,05* / 0,177***
Hekim	44 (55,7)	35 (44,3)	
Hemşire	120 (67,0)	59 (33,0)	
Fizyoterapist	14 (82,7)	3 (17,6)	
Sağlık teknikeri- teknisyeni	33 (80,5)	8 (19,5)	
Ebe	13 (72,7)	5 (27,8)	
Diğer φ	7 (53,8)	6 (46,2)	
Mesleki deneyim			0,004* / 0,176***
5 yıldan az	112 (74,2)	39 (25,8)	
5-10 yıl	65 (67,7)	31 (32,3)	
10 yıl ve üstü	54 (54,0)	46 (46,0)	
Çalışılan birim			0,025* / 0,025***

Kadın doğum	42 (82,4)	9 (17,6)	
Pediyatri	16 (50)	16 (50)	
Acil servis	31 (79,5)	8 (20,5)	
Cerrahi Servisler	27 (69,2)	12 (30,8)	
Dahiliye-Göğüs	19 (59,4)	13 (40,6)	
Poliklinik	21 (65,6)	11 (34,4)	
Fizik tedavi	23 (79,3)	6 (20,7)	
Yoğun bakım	15 (53,6)	13 (46,4)	
Fakülte	12 (52,2)	11 (47,8)	
Doğumhane	14 (66,7)	7 (33,3)	
Onkoloji	8 (50)	8 (50)	
Diğer	3 (60)	2 (40)	
Çocuğu olma durumu			0,000* / -0,235**
Evet	86 (54,4)	72 (45,6)	
Hayır	145 (76,7)	44 (23,3)	
Gerçekleştirilen doğum şekli			0,000* / 0,521**
Vajinal Doğum	44 (95,7)	2 (4,3)	
Sezaryen	41 (37,6)	68 (62,4)	

*Ki kare testinin anlamlılık değeri

**[2x2]'lik analizlerin Phi katsayısı değeri

***Çoklu analizlerin Contingency Katsayısı değeri

φ Diğer: Biyolog, Tıbbi sekreter vb.

Doğum şekli tercihini etkileyen sosyodemografik bulgular Tablo 7'de sunulmuştur. Kadınların %64,3'ü, erkeklerin %74,4'ü vajinal doğum tercih etmektedir. Doğum şekli tercihi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,098$).

Vajinal doğum seçme oranları 19-24 yaş aralığında %86,4, 25-29 yaş aralığında %88, 30-34 yaş aralığında %58,7, 35-39 yaş aralığında %44,1, 40-44 yaş aralığında %40,8 45 yaş ve üstünde ise %85,7'dir. Yaş grupları ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$, Contingency katsayısı= 0,325). Bu bulguya göre sağlık personellerinin yaşı arttıkça vajinal doğum tercihi artmaktadır (H_5) hipotezi reddedilmiştir.

Evlilerin %55,5'i, bekârların %78,8'i vajinal doğum tercih etmektedir. Medeni durum ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı ve negatif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu

belirlenmiştir ($p=0,000$, $\Phi=-0,247$). Bekâr sağlık personelleri, evlilere kıyasla vajinal doğumu daha fazla tercih etmektedir.

Hekimlerin %44,3'ü, hemşirelerin %33,0'ı, fizyoterapistlerin %17,6'sı, sağlık teknikeri-teknisyenlerinin %19,5'i, ebelerin %27,8'i, diğer grubunun %46,2'si sezaryen doğumu tercih etmektedir. Meslek ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı ve zayıf yönlü bir ilişki vardır ($p=0,05$, Contingency katsayısı=0,177). Hekimlerin ve diğer grupta yer alan sağlık personellerinin sezaryen doğumu seçme oranı daha yüksektir.

5 yıldan az mesleki deneyime sahip olanların %74,2'si, 5-10 yıl aralığında mesleki deneyime sahip olanların %67,7'si, 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olanların %54,0'ü vajinal doğum tercih etmektedir. Mesleki deneyim ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı, zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,004$, Contingency katsayısı=0,176). Daha az mesleki deneyime sahip olan sağlık personelleri, diğerlerine göre vajinal doğumu daha çok tercih etmektedir. Bu bulguya göre sağlık personellerinin mesleki deneyimi arttıkça vajinal doğum tercihi artmaktadır (H_6) reddedilmektedir.

Çalışılan birim ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,025$, Contingency katsayısı=0,025). Kadın doğum, acil servis ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık personelleri, diğer birimlerde çalışanlara göre vajinal doğumu daha çok tercih etmektedir.

Çocuğu olma durumu ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı, negatif yönde kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000$, $\Phi=-0,235$). Çocuk sahibi olmayan sağlık personelleri, çocuk sahibi olanlara kıyasla vajinal doğumu daha çok tercih etmektedir (sırası ile %76,7 %54,4). Bu bulguya göre sağlık personellerinin çocuk sahibi olma durumu vajinal doğum tercihini artırmaktadır (H_7) hipotezi reddedilmektedir.

Gerçekleştirdikleri doğum şekli ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı, pozitif yönde, orta derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000$, $\Phi=0,521$). Gerçekleştirdikleri doğum şekli vajinal doğum olanlar %95,7 oranında vajinal doğum tercih ederken, sezaryen olanların %37,6'sı vajinal doğum tercih etmektedir. Bu bulguya göre sağlık personellerinin vajinal doğum gerçekleştirilmesi, vajinal doğumu tercih etmesinde etkilidir (H_8) hipotezi kabul edilmektedir.

4.4.2 Sağlık personellerinin doğuma yönelik düşüncelerinin doğum şekli tercihini etkileme durumu

Tablo 8 Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşüncelerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi

Doğum şekli tercihi	Vajinal doğum Sayı (%)	Sezaryen doğum Sayı (%)	p değeri*/ Phi katsayısı**/ Contingency katsayısı***
Bulgular			
Sezaryen doğum gerekçesi			0,000* / 0,535**
Tıbbi	39 (60,9)	25 (39,1)	
İsteğe yönelik	4 (8,3)	44 (91,7)	
İsteğe yönelik sezaryeni uygun bulma durumu			0,000* / -0,385**
Evet	68 (45,6)	81 (54,4)	
Hayır	163 (82,3)	35 (17,7)	
Sezaryenin seçim hakkı olduğunu düşünme durumu			0,000* / -0,230**
Evet	151 (59,9)	101 (40,1)	
Hayır	80 (84,2)	15 (15,8)	
Sezaryen sonrası vajinal doğuma ilişkin görüş			0,000* / -0,187**
Riskli-yapılamaz	140 (60,3)	92 (39,7)	
Yapılabilir	91 (79,1)	24 (20,9)	

*Ki kare testinin anlamlılık değeri

**[2x2]'lik analizlerin Phi katsayısı değeri

***Çoklu analizlerin Contingency Katsayısı değeri

Sağlık personellerinin doğuma yönelik düşüncelerinin doğum şekli tercihlerine etkisi Tablo 8'de sunulmuştur.

Sezaryen doğum gerekçesi ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı, pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,000$, $\Phi=0,535$). Tıbbi endikasyon

sebebiyle önceden sezaryen doğum gerçekleştirenlerin, isteğe yönelik sezaryen doğum gerçekleştirenlere göre vajinal doğum tercihi daha fazladır (sırasıyla %60,9 ve%8,3).

İsteğe yönelik sezaryeni uygun bulma durumunun doğum şekli tercihinin etkilediği ($p=0,000$), isteğe yönelik sezaryeni uygun bulma durumu ile doğum şekli tercihi arasında kuvvetli derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($\Phi=-0,385$). İsteğe yönelik sezaryen doğumu uygun bulanların sezaryen doğum tercihi yüksektir. İsteğe yönelik sezaryen doğumu uygun bulanlar %45,6 oranında vajinal doğum tercih ederken, uygun bulmayanlar %82,3 oranında vajinal doğumu tercih etmektedir.

Sezaryen sonrası vajinal doğuma ilişkin düşüncenin doğum şekli tercihinin etkilediği ve doğum şekli tercihi ile arasında kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,000$ $\Phi=-0,187$). Sezaryen sonrası vajinal doğumun riskli/yapılamaz olduğunu düşünenlerin %60,3'ü vajinal doğum tercih ederken, yapılabilir olduğunu belirten sağlık personelinde bu oran %79,1'dir.

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular değerlendirilmiş ve bulgular, sağlık personellerinin gerçekleştirdikleri doğum şekli, doğuma yönelik düşünceleri, tercih ettikleri doğum şekli, doğum şekli tercih nedenleri doğum şekli tercihini etkileyen faktörler olmak üzere 5 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1 Sağlık Personellerinin Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli

Bu çalışmada çocuk sahibi olan sağlık personellerinin %71,5'i sezaryen doğum ile çocuk sahibi olmuştur. Yapılan sezaryenlerin %56,6'sı tıbbi endikasyon, %43,4'ü ise isteğe yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Köken ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin %51,9'unun sezaryen doğum gerçekleştirdiği ve %45,3'ünün isteğe yönelik sezaryen doğum gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Benzer olarak ülkemizde yapılan iki çalışmada da sağlık personellerinde sezaryen doğum oranı sırasıyla %61, %61,8, bu sezaryenlerin isteğe yönelik gerçekleştirilme oranı ise %37,7, %88,7 olarak belirlenmiştir (Köken vd 2007; Akyol vd 2011; Arıkan vd 2011). Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %69,7'sinin sezaryen doğum gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Bu operasyonların %49'u ise isteğe yönelik operasyonlardır (Ouyang ve Zhang 2012). Tayland'da yapılan bir çalışmada kadın doğum uzmanları arasında sezaryen oranı %38,1, isteğe yönelik gerçekleşen sezaryen oranı ise %17 olarak belirlenmiştir (Kovavisarach ve Ruttanapan 2016). İngiltere'de yapılan bir çalışmada kadın doğum uzmanlarının 26,5'nin sezaryen ile çocuk sahibi olduğu ve bu operasyonların sadece %1'inin isteğe yönelik gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Lightly vd 2014). Sağlık personellerinin isteğe yönelik sezaryen oranı Belçika'da yapılan bir çalışmada %2, Danimarka'da %1,1, İrlanda'da ise %2,4 olarak tespit edilmiştir (Jacquemynd vd 2003, Bergholt vd 2004, Sharpe vd 2015). Bu çalışmanın verileri ülkemizde daha önce yapılan çalışmaların verilerine benzer bulunmuştur. Bu çalışmada sağlık personellerinin yarısından fazlasının sezaryen doğum gerçekleştirdiği saptanmıştır.

ve gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında ise sağlık personellerinin isteğe yönelik sezaryeni daha fazla oranda gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Ülkemizde doğuma hazırlık ve antenatal eğitimin istenilen seviyelerde olmaması, sağlık personellerinin doğum şekillerinin avantajları ve dezavantajları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasının bu yüksek sezaryen oranlarına sebep olduğu düşünülmektedir (Duman vd 2006, Serçekuş vd 2015, Küçük 2017). Ayrıca literatürde sezaryen oranlarını yükselttiği bilinen doğum korkusu, negatif doğum algısı, vajinal doğum hakkındaki olumsuz izlenimler, isteğe yönelik operasyonların uygulanması gibi (Serçekuş ve Okumuş 2009, Stjernholm vd 2010, Hildingsson 2014, Indroccolo 2015, Stoll vd 2016) pek çok faktörün çalışmamızdaki sağlık personellerinin doğum şekli tercihinde etkili olduğu belirlenmiştir.

5.2. Sağlık Personellerinin Doğuma Yönelik Düşünceleri

Bu çalışmada sağlık personellerinin %66,9'unun sezaryen sonrası vajinal doğumun riskli/yapılamaz olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %61'inin sezaryen sonrası vajinal doğumu desteklemediği belirlenmiştir. Ayrıca ülkemizde sağlık personellerinin SSVD için uygun, uzmanlaşmış ve donanımlı bir hastane olmadığını düşündüğü belirlenmiştir (Küçük 2017). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise sağlık personellerinin SSVD ilişkin temel bilgilere sahip olmadıkları görülmüştür (Gözükara vd 2016). Amerika'da yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %48'inin SSVD gerçekleştirilmesini desteklemediği belirlenmiştir (Wells 2010). Başka bir çalışmada ise sağlık personellerinin %13,3'sinin SSVD gerçekleştirilmesini desteklemedikleri belirlenmiştir (Linn vd 2019). Literatüre bakıldığında ülkemizde sezaryen sonrası vajinal doğumun daha yüksek oranda reddedildiği görülmektedir. Sağlık personellerinin SSVD yönelik düşünceleri, sağlık sisteminin SSVD için uygun donanıma sahip olması ile bağlantılıdır (Linn vd 2019). SSVD gerçekleştirilmesinde sağlık personellerinin eğitimi, mesleki deneyimi ve risk yönetimi gibi kişisel özellikler de etkilidir (Linn vd 2019). Sağlık personellerinin SSVD ilişkin eğitimlerinin artırılması, kurumların başarısız bir denemeyi tedavi etme olanaklarının iyileştirilmesi, yasal yükümlülüklerin ve sistemik engellerin giderilmesi sezaryen sonrası vajinal doğumun yaygınlaştırılmasında etkili olabilir (Linn vd 2019, Cox 2011, Wells 2010).

Doğum şekli tercihinde, doğumda bakım veren personelin de etkisi olduğu bilinmektedir (Arcia 2013, Stoll vd 2016,). Yapılan bir çalışmada gebe kadınların %75'i doğumun hekim tarafından yaptırılması gerektiğini düşünürken %5,5'inin uzman

hemşire/ebe, %4,1'inin ise ebe tarafından yaptırılmasını istediği belirlenmiştir (Arcia 2013). Stoll ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %49,6'sı doğumun hekim ile yapılması gerektiğini, %48,1'i ise ebe ile yapılması gerektiğini belirtmiştir (Stoll vd 2016). Doğumda hekim tercih edenlerin, ebe tercih edenlere kıyasla epidural anestezi ve sezaryen seçmeye yatkın olduğu bilinmektedir (Stoll vd 2016). Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak sağlık personellerinin %62'si doğumun hekim tarafından yaptırılması gerektiğini, %38'i ise ebe tarafından yaptırılması gerektiğini düşünmektedir. Ülkemizde ebelere daha fazla yetki verilmesi, ebelerin doğuma aktif olarak katılabilmesi, bilgi düzeylerinin artırılması ile doğumun hekim tarafından yaptırılmasına yönelik beklentiler değiştirilebilir (Gür vd 2013, Küçük 2017).

Sağlık personelleri etik ve tıbbi nedenlerle isteğe yönelik sezaryen kararına katılmasalar dahi kadınların özerkliğine saygı göstermek amacıyla bu kararı kabul edebilmektedirler (Indraccolo vd 2015). Bu kararı etkileyen önemli unsurlar; doğum sırasında iş birliği eksikliği yaşanacağı endişesi, doğum sonrası yaşanacak şikayetleri önleme, yasal yükümlülüklerden kaçınma ve hukuki sorumluluklardır (Chigbu vd 2010, Fuglenes vd 2010, Indraccolo vd 2015). Konu ile ilgili çalışmalarda hekimlerin yaklaşık yarısının, kadınların sezaryen seçme hakkı olduğunu düşündüğü ve isteğe bağlı operasyonları gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Bettes vd 2007, Chigbu vd 2010). Avrupa ülkelerinin dahil edildiği bir çalışmada isteğe yönelik sezaryen uygulamasını Almanya %75, İngiltere %79 oranında kabul etmektedir. İspanya, Fransa ve Hollanda isteğe yönelik sezaryen uygulamasını en düşük oranlarda kabul eden ülkeler olmuştur (sırası ile %15, %19, %22). Diğer Avrupa ülkeleri ise isteğe yönelik sezaryeni orta seviyede kabul etmektedir (Habiba vd 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hekimlerin %40,8'i sezaryenin bir seçim hakkı olduğunu düşünmektedir (Arikan vd 2011). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak sağlık personellerinin %72,6'sı sezaryenin kadınlar için bir seçim hakkı olduğunu düşünmekte ve %42,9'u isteğe yönelik sezaryen uygulamasını uygun bulmaktadır.

5.3 Sağlık Personellerinin Tercih Ettikleri Doğum Şekli

Bu çalışmada sağlık personellerinin %66,6'sının vajinal doğum tercih ettiği, %33,4'ünün ise sezaryen doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise sağlık personellerinin %51,9'unun sezaryen doğumu, %48,1'inin ise vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Köken vd 2007). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada personellerin %57,4'ü vajinal doğumu, %23,1'inin ise sezaryen doğumu tercih

ettiği belirlenmiştir (Duman vd 2007). Almanya'da sağlık personelleri ile yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin %90,2'sinin vajinal doğum, %6,1'inin ise sezaryen doğum tercih ettiği belirlenmiştir (Bihler vd 2019). İrlanda, İskoçya ve İngiltere'nin farklı bölgelerindeki sağlık personelleriyle yapılan bir çalışmada vajinal doğumu tercih edenlerin oranı ise %84, sezaryen doğumu tercih edenlerin oranı %15,8'dir (Wright vd 2001). İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelere kıyasla ülkemizde sağlık personellerinin sezaryen tercihinin daha fazla olduğu görülmektedir. Tercih nedenlerine yönelik bulgular, doğum şekli tercih nedenleri alt başlığında ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Sağlık personellerinin mesleklerine göre sezaryen doğum tercihleri incelendiğinde, bu çalışmada hekimlerin %44,3'ünün, hemşirelerin %33,0'ının, fizyoterapistlerin %17,6'sının, sağlık teknikeri-teknisyenlerinin %19,5'inin, ebelerin %27,8'inin ve diğer sağlık çalışanları grubunun %46,2'sinin sezaryen doğumu tercih ettiği görülmüştür. Hekimlerin, hemşirelere ve diğer sağlık personellerine göre sezaryen doğumu daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde kadın doğum uzmanlarının ise %60'ının, ebelerin %58'inin sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Kısa vd 2017). Çin'de yapılan bir çalışmada kadın doğum uzmanlarının %68,8'i, ebelerin %75,6'sı ve hemşirelerin %62,3'ünün sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir (Ouyang ve Zhang 2012). Tayland'da yapılan bir çalışmada kadın doğum uzmanlarının %30'u sezaryen doğum tercih etmiştir (Kovavisarach ve Ruttanapan 2016). İngiltere'de kadın doğum uzmanlarının %10'unun sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Lightly vd 2014). Hekimler ve ebelerin tercihlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ebelerin sezaryen doğumu tercih etmediği, hekimlerin ise %1,5'inin sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Josefsson vd 2010). Yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde ebelerin sezaryen doğumu tercih etmediği, hekimlerin ise %9,2'sinin sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir (Bihler vd 2019). Literatüre bakıldığında ülkemizde hekimlerin sezaryen tercihinin daha sık olduğu görülmektedir (Kısa vd 2017, Bihler vd 2019). Bu çalışmanın verileri ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, bu çalışmada hekimlerin sezaryen tercih oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum ülkemizde genel sezaryen oranlarının gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksek olmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada vajinal doğum tercih eden sağlık personelinin %52,6'sının doğal vajinal doğumu, %23,9'unun epidural anestezili vajinal doğum ve %23,9'unun ise suda vajinal doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Akyol ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada ise sezaryen tercih eden personellerin %42'sinin epidural anestezi imkanı olduğunda vajinal doğumu tercih edeceği belirlenmiştir. Duman 2006 yılında yaptığı

çalışmada sağlık personellerinin %69,6'sının epidural anestezili vajinal doğumu tercih ettiğini belirlemiştir. Bihler ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada da sağlık personellerinin %23,8'inin epidural anestezili vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir.

5.4 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercih Nedenleri

5.4.1 Sağlık personellerinin sezaryen doğumu tercih nedenleri

Doğum korkusunun doğum şekli tercihinin etkilediği ve sezaryen istemine sebep olabildiği bilinmektedir (Serçekuş ve Okumuş 2009, Hildingsson 2014). Bu çalışmada da sezaryen tercih nedeni olarak belirtilen ilk nedenin doğum korkusu olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde sağlık personelleri arasında yüksek sezaryen oranlarına sahip olan Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin yarısından fazlasının ağrı korkusu nedeni ile sezaryen tercih ettiğini belirlemiştir (Ouyang ve Zhang 2012). Doğumdan korktuğunu belirten kişiler sezaryen doğumu tercih etmektedirler (Stoll vd 2016). Sonuç olarak bu çalışmada doğum korkusunun sezaryen oranının yüksek bulunmasına katkıda bulunan bir sebep olduğu görülmektedir.

Arikan ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin %28,4'ü sezaryenin anne için daha güvenli olduğunu, %48,5'i ise bebek için daha güvenli olduğunu düşünmektedir. Ayrıca katılımcıların %52,7'si sezaryenin daha konforlu olduğunu düşünmektedir. Wright ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin %39'unun sezaryeni daha kolay olduğu gerekçesi ile tercih ettiği belirlenmiştir. Ouyang ve Zhang 2012 yılında yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %89,7'sinin anne ve bebek için güvenli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Bu çalışmada sağlık personellerinin sezaryenin %39,6'sı, doğum ağrılarının şiddetli olduğunu düşünme, %35,3'ü anne- bebek için daha risksiz olduğunu düşünme ve %34,4 sezaryenin daha konforlu/güvenli olduğunu düşünme nedenleri ile sezaryen tercih etmektedir. Kişilerin vajinal doğumu, yalnızca riskleri ve potansiyel zararları göz önüne alarak değerlendirmesi, vajinal doğumun tıbbi açıdan kabul edilmesini zorlaştırmaktadır (Indroccolo 2015). Sezaryenin vajinal doğumun ağrı, rahatsızlık ve potansiyel zararlarından korunabilmek için iyi bir yöntem olduğu düşüncesi yüksek sezaryen oranlarına sebep olmaktadır (Indroccolo 2015). Bu doğrultuda, çalışmada sezaryen oranının yüksek bulunmasının bir diğer sebebi, sezaryen tercih nedenlerinin; doğum ağrılarının şiddetli olduğunu düşünme, sezaryenin anne- bebek için daha risksiz

olduğunu düşünme ve sezaryenin daha konforlu/güvenli olduğunu düşünme olmasından kaynaklanabilir.

Vajinal doğum ile ilgili olumsuz izlenimler doğum şekli tercihini etkilemekte ve sezaryen doğum tercihini kat kat artırmaktadır (Hauck vd 2016). Bu çalışmada da sağlık personellerinin sezaryen tercih etmesine sebep olan faktörlerden biri olumsuz vajinal doğumlara tanık olma/duymadır. Sağlık personellerinin %37,9'unun bu gerekçe ile sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak literatürde sezaryen oranlarını yükselttiği bilinen doğum korkusu, negatif doğum algısı, vajinal doğum hakkındaki olumsuz izlenimler, isteğe yönelik operasyonların uygulanması gibi (Serçekuş ve Okumuş 2009, Stjernholm vd 2010, Hildingsson 2014, Indroccolo 2015, Stoll vd 2016) pek çok faktörün çalışmamızdaki sağlık personellerinin doğum şekli tercihinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada doğumun zamanının ve süresinin belli olması gerekçesi ile sezaryen tercih edenlerin oranı %33,6'dır. Akyol ve arkadaşlarının 2011'de yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin %90'ının, operasyonun ne zaman ve ne kadar sürede olacağını bilmesi nedeni ile sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir. Lataifeh ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada ise sağlık personellerinin %18,2'sinin zamanlı doğum isteği nedeniyle sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir.

Bihler ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %30'u epizyotomi korkusu nedeniyle sezaryen tercih etmiştir. Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak sağlık personellerinin %31,9'unun epizyotomi korkusu nedeniyle sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir.

Bu çalışmada ürojinekolojik nedenler (pelvik organlarında prolapsus ve inkontinans olmaması) ile sezaryen tercih edenlerin oranı %25,8 olarak tespit edilmiştir. Arikan ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %53,1 olarak belirlenmiştir. Almanya'da yapılan bir çalışmada ise bu oranın %70 olduğu belirlenmiştir (Bihler vd 2019).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %93'ünün perine ve pelvik organ yaralanması korkusu nedeni ile sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir (Wright vd 2001). Almanya'da yapılan bir çalışmada ise bu oranın %50 olduğu saptanmıştır (Bihler vd 2019). Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %11'inin yaralanma korkusu nedeni ile sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir (Ouyang ve Zhang 2012). Bu çalışmada anorektal yaralanma riskinin daha az olması gerekçesi ile sezaryen tercih edenlerin oranı ise %24,1 olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada sağlık personellerinin %22,4'ü eşinin/kendinin vajinal doğum yapabileceğine inanmama sebebiyle sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir. Sağlık personellerinin sezaryen tercihinin yüksek olduğu Çin'de de çalışmamız ile uyumlu olarak sağlık personellerinin vajinal doğum becerilerine güvenmeme sebebi ile sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Ouyang ve Zhang 2012).

Bu araştırmada personellerin %22,4' vajinal doğum yaptıracak sağlık personeline güvenmeme nedeni ile sezaryen doğumu tercih etmektedir. Literatürde benzer bir nedenin sezaryen tercihinde etkili olduğunu bildiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu araştırmada olumsuz vajinal doğumlara tanık olma durumu, güvensizliğin oluşmasında etkili olabilir. Ayrıca lkemizde yasal baskılar sonucunda, doğum uzmanları vajinal doğum becerilerini geliştirmek yerine sezaryen doğuma yönelmekte ve bu durum yeni nesil kadın doğum uzmanlarının vajinal doğum becerilerini geliştirmeden uygulamaya başlamasına neden olabilmektedir (Küçük 2017). Sağlık personelleri arasındaki yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesinde, sağlık personellerinin vajinal doğum becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir (Ouyang ve Zhang 2012). Sağlık personellerinin vajinal doğum hakkında eğitilmesi sağlık personelleri arasındaki sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili olabilir (Arikan vd 2011).

Bu çalışmada cinsellik ile ilgili endişelerle sezaryen tercih edenlerin oranı %18'dir. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada sağlık personellerinin %49,4' cinselliğin daha az etkilenmesi nedeni ile sezaryen tercih ettiğini belirtmiştir (Arikan vd 2011). Lataifeh ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada ise sezaryen tercih eden katılımcıların %50'si cinselliği koruma nedeni ile sezaryeni tercih etmektedir.

Bu çalışmada sağlık personellerinin %15,5'i, sezaryeni, anne-bebek açısından daha sağlıklı olduğunu düşündüğü için tercih etmektedir. Bihler ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin %60'ı fetal sağlık ile ilgili endişeleri olması gerekçesi ile sezaryen tercih etmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %12,9'unun doğumhane şartlarının vajinal doğum için uygun olmadığı düşüncesi ile sezaryen doğumu tercih ettiği saptanmıştır. Literatürde benzer bir nedenin sezaryen tercihinin sebep olduğunu bildiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %15,1'i doğumhane şartlarının vajinal doğum için uygun olmadığını düşündüğü ortaya konulmuştur (şatır vd 2018). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise sağlık personellerinin %83,9'u doğumhanede gebelerin isteklerinin dikkate alınmadığını, %71,3' gebelere yüksek riskli uygulamalar yapıldığını, %62,1'i gebelere bilgi

aktarılmadığını ve %52,9'u mahremiyetin korunmadığını düşünmektedir (Öztürk 2019). Kadınlar doğum ortamında genel olarak, mahremiyet ve kontrol duygusuna ihtiyaç duyarlar (Stark vd 2016). Bu çalışmada sağlık personellerinin doğumhane şartlarının vajinal doğum için uygun olmadığı düşüncesi ile sezaryen doğumu tercih etmesinde bu faktörler etkili olmuş olabilir.

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen tercih nedenlerine ilişkin bütün bulgular, gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda sezaryen tercihinde tıbbi gerekçelerin daha az etkisi olduğu görülmektedir. Sağlık personellerinin daha çok doğum korkusu gibi psikososyal nedenlerle sezaryen tercih ettiği belirlenmiştir. Ülkemizde psikososyal nedenlerle sezaryen tercih edilmesi; doğuma hazırlığın istenilen seviyelerde olmaması, sağlık personellerine uygun doğum rehberi olmaması, sağlık personellerinin eğitiminde vajinal doğuma yönelik verilen bilginin yetersiz olmasından kaynaklı olabilir. Sağlık personellerinin eğitiminde vajinal doğuma yönelik bilgiyi artırmak sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili olabilir (Chen vd 2018, Bihler vd 2019).

5.4.2 Sağlık personellerinin vajinal doğumu tercih nedenleri

Sağlık personellerinin doğum şekli tercihini inceleyen çalışmalarda vajinal doğum tercih nedenlerine ilişkin verilerin sınırlı olması nedeniyle sadece temel nedenler tartışılmıştır.

Bu çalışmada vajinal doğum tercih nedeni olarak belirtilen 5 ana madde; %94,8 doğal ve anne bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme, %74,8 postpartum dönemin daha iyi geçmesi, %51,9 erken iyileşme ve erken taburculuk, %44,1 bebeğin daha erken emzirilebilmesi, 42,2 daha az komplikasyon riski olmasıdır. Literatüre bakıldığında da sağlık personellerinin vajinal doğumu, doğal ve güvenli olduğunu düşünme ve hızlı iyileşme gibi nedenlerle tercih ettiği belirlenmiştir (Köken 2007). İngiltere'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %46'sı doğal olduğu, %42'si müdahale istemediği, %38'i sezaryenin uzun vadeli etkilerinden korunmak için, %13 kontrollü hissetmek için vajinal doğumu tercih ettiğini belirtmiştir (Wright vd 2001). Başka bir çalışmada ise sağlık personelleri daha az komplikasyon riski olması, erken iyileşme, bebeği erken emzirme ve daha güvenli olduğu gerekçesi ile vajinal doğumu tercih etmişlerdir (Duman 2006). İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada sağlık personellerinin müdahalesiz vajinal doğum gerçekleştirmek istediği belirlenmiştir (Lightly vd 2014). Almanya'da yapılan bir

çalışmada ise sağlık personellerinin %97,4'ü doğum sonrası iyileşmenin vajinal doğum sonrasında daha çabuk olduğunu düşünmektedir (Bihler vd 2019).

5.5 Sağlık Personellerinin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler

5.5.1 Doğum şekli tercihini etkileyen sosyodemografik faktörler

Literatüre bakıldığında yaş ve mesleki deneyim faktörlerinin doğum şekli tercihini etkilediği görülmektedir (Lataifeh vd 2009, Kovavisarach ve Ruttanapan 2016). Kovavisarach ve Ruttanapan 2016'da yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin on yıldan az mesleki deneyime sahip olmasının sezaryen seçimini etkileyen bir faktör olduğunu belirlemiştir. Başka bir çalışmada ise sağlık personellerinin yaşının doğum şekli tercihini etkilediği, yaşı büyük olan personellerin daha fazla vajinal doğumu tercih ettiği, yaşı daha küçük olan personellerin sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Lataifeh vd 2009). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde yaş ve mesleki deneyim faktörlerinin doğum şekli tercihini etkilediği saptanmıştır. Yaşı daha küçük olan ve daha az mesleki deneyime sahip olan sağlık personellerinin daha fazla vajinal doğum tercih ettiği, mesleki deneyimi fazla olanların ise sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir. Bu çalışmada temel sezaryen tercih nedenlerinden birinin, olumsuz vajinal doğumlara tanık olma olduğu saptanmıştır. Mesleki deneyimin artması olumsuz deneyimlerin artmasına yol açarak sezaryen tercihinin artmasının nedeni olabilir.

Lightly ve arkadaşlarının 2014 yılında sezaryen oranlarının düşük olduğu İngiltere'de yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olma durumunun doğum şekli tercihine etki etmediği belirlenmiştir. Bihler ve arkadaşlarının 2019 yılında Almanya'da yaptıkları çalışmada sağlık personellerinin çoğunluğunun vajinal doğum tercih ettiği ve çocuk sahibi olmanın vajinal doğum tercihi üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada çocuk sahibi olmayan sağlık personellerinin, çocuk sahibi olan personellerden daha yüksek oranda vajinal doğum tercih ettiği belirlenmiştir (Duman vd 2007). Bu araştırmada ülkemiz literatürüne benzer şekilde, katılımcıların medeni durum ve çocuk sahibi olma durumlarının sezaryen tercihinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bekâr sağlık personelleri, evlilere kıyasla, çocuk sahibi olmayan sağlık personelleri çocuk sahibi olanlara kıyasla vajinal doğumu daha çok tercih etmektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalara kıyasla, çalışmamızda çocuk sahibi olmanın

sezaryen tercihinde etkili olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık personellerinin çoğunluğunun sezaryen doğum gerçekleştirmiş olması ve gerçekleştirilen doğum şekli ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı bir ilişki olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada çalışılan birim ile doğum şekli tercihi arasında anlamlı zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadın doğum, acil servis ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık personelleri, diğer birimlerde çalışanlara göre vajinal doğumu daha çok tercih etmektedir. Cerrahi birimlerde çalışıyor olmak, cerrahinin beden üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olunmasını sağlaması bakımından vajinal doğumu tercih etme sebebi olabilir.

5.5.2 Sağlık personellerinin doğum şekli tercihini etkileyen doğuma yönelik düşünceleri

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak isteğe yönelik sezaryeni uygun bulma ve isteğe yönelik sezaryen doğum gerçekleştirme durumunun doğum şekli tercihini etkilediği belirlenmiştir. İsteğe yönelik sezaryen doğumu uygun bulanların %54,4 oranında, uygun bulmayanların ise %17,7 oranında sezaryen doğum tercih ettiği belirlenmiştir. İsteğe yönelik sezaryen doğum gerçekleştirenlerin ise %91,7'sinin sezaryen doğum tercih ettiği belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada sağlık personellerinin isteğe yönelik sezaryeni uygun bulmasının kendileri için de sezaryen doğumu seçme olasılığını artırdığı belirlenmiştir (Arikan vd 2011). Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin isteğe yönelik sezaryeni uygun bulduğu ve sağlık personelleri arasında sezaryen oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (Sun vd 2020).

SSVD gerçekleştirilmesinde sağlık personellerinin eğitimi, mesleki deneyimi ve risk yönetimi gibi özellikler etkilidir. Sağlık personellerinin SSVD denemesini uygun bulması için kurumlarının yeterli olanaklara sahip olduğuna güvenmesi gerekmektedir. Ayrıca doğum uzmanlarının riskler ve avantajlar konusunda ayrıntılı eğitim alması SSVD ilişkin bakış açısını etkilemektedir (Linn vd 2019). Bilgi almaya ve profesyonel rehberliğe daha açık olan kadınların SSVD ilişkin önyargılarının daha az olduğu belirlenmiştir (Black vd 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadın doğum hekimlerinin çoğunluğu SSVD denemesini desteklememekte ve SSVD için uygun, uzmanlaşmış, donanımlı bir hastane olmadığını düşünmektedirler (Küçük 2017). Ülkemizde sağlık personellerinin SSVD şartları ve riskleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Bu konuda ülkemizde sağlık personellerinin uygun eğitimler ile bilgilendirilmesi gerekmektedir (Gözükara vd 2016). Literatürde sağlık personellerinin SSVD ilişkin düşüncesinin, doğum şekli tercihi etkisine dair bir veri bulunamamıştır. Bu çalışmada sezaryen

sonrası vajinal doğumun riskli/yapılamaz olduğunu düşünenlerin %39,7'si, yapılabilir olduğunu belirtenlerin %20,9'u sezaryen doğum tercih etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık personellerinin doğum şekli tercihi, tercih nedenleri ve tercihi etkileyen faktörler araştırılmış ve elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmada;

- Sağlık personellerinin çoğunluğunun sezaryen doğum gerçekleştirdiği,
- Gerçekleşen sezaryenlerin %56,6'sı tıbbi endikasyon kaynaklı iken %43,4'ünün isteğe yönelik uygulandığı,
- Sağlık personellerinin çoğunluğunun sezaryen sonrası vajinal doğumu riskli/yapılamaz olarak değerlendirdiği,
- Sağlık personellerinin yarısından fazlasının vajinal doğumu hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşündüğü,
- Sağlık personellerinin çoğunluğunun sezaryenin kadınlar için bir seçim hakkı olduğunu düşündüğü,
- Sağlık personellerinin yarısından fazlasının isteğe yönelik sezaryen uygulamasını uygun bulmadığı,
- Sağlık personellerinin yarısından fazlasının vajinal doğumu tercih ettiği,
- Vajinal doğum tercih eden sağlık personellerinin çoğunluğunun müdahalesiz (doğal) vajinal doğum tercih ettiği,
- Sağlık personellerinin daha çok doğum korkusu, doğum ağrılarının şiddetli olduğu düşüncesi, olumsuz vajinal doğumlara tanık olma ve vajinal doğumu gerçekleştirecek sağlık personeline güvenmeme sebepleriyle sezaryen doğum tercih ettiği,
- Sağlık personellerinden yaklaşık beşte birinin (%22,4), vajinal doğumu yaptıracak personele güvenmeme nedeni ile sezaryen doğum tercih ettiği,

- Sağlık personellerinin doğal ve anne bebek için daha sağlıklı olması, postpartum dönemin daha iyi geçmesi, erken iyileşme ve erken taburculuk, daha az komplikasyon riski olması sebepleriyle vajinal doğum tercih ettiği,
- Sağlık personellerinin yaşının doğum şekli tercihini etkilediği, yaşı daha küçük olan sağlık personellerinin daha yüksek oranda vajinal doğum tercih ettiği,
- Medeni durum ve çocuk sahibi olma durumunun doğum şekli tercihini etkilediği ve evli-çocuk sahibi olan sağlık personellerinin diğerlerine kıyasla daha fazla az oranda vajinal doğum tercih ettiği,
- Sağlık personellerinin mesleki deneyiminin doğum şekli tercihini etkilediği ve mesleki deneyimi daha az olan sağlık personellerinin daha yüksek oranda vajinal doğum tercih ettiği,
- Sağlık personellerinin mesleğinin doğum şekli tercihini etkilediği, hekimlerin diğer sağlık personellerine oranla daha az vajinal doğumu tercih ettiği,
- Kadın doğum, acil servis ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık personelinin vajinal doğumu daha çok tercih ettiği,
- Sezaryen doğum gerçekleştirenlerin çoğunluğunun sezaryen tercih ettiği, vajinal doğum gerçekleştirenlerin büyük kısmının vajinal doğum tercih ettiği,
- İsteğe yönelik sezaryeni uygun bulan sağlık personellerinin, uygun bulmayanlara kıyasla daha fazla oranda sezaryen doğum tercih ettiği,
- Sezaryen sonrası vajinal doğumun yapılamaz olduğunu düşünenlerin, sezaryen sonrası vajinal doğumu uygun bulanlara göre daha fazla sezaryen doğum tercih ettiği saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hizmet içi eğitimler ile sağlık personellerinin doğum şekillerine ve doğum şekillerinin avantajları ve dezavantajlarına ilişkin bilgilerinin artırılması,
- Sağlık personellerine sezaryen sonrası vajinal doğuma ilişkin hizmet içi eğitim verilmesi,
- Anne-baba adayları olan sağlık personellerinin doğuma hazırlık eğitimlerine katılmalarının teşvik edilmesi,
- Doğumhane ortamlarının iyileştirilmesi ve anne adayları sağlık personellerinin vajinal doğuma yönelik cesaretlendirilmesi,
- Sağlık personellerinin maruz kaldıkları negatif doğum deneyimlerinin göz önüne alınması ve doğum sırasında daha fazla desteklenmesi,

- Sağlık sisteminin sezaryen sonrası vajinal doğum uygulaması için uygun donanıma sahip hale getirilmesi,
- Bu konuya yönelik yapılacak çalışmalarda, sağlık personellerinin doğum şekli tercihinin, gebelerin doğum şekli tercihine etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abbaspoor Z, Moghaddam L, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian mothers' selection of a birth method in the context of perceived norms: a content analysis study. *Midwifery* 2014; 30 (7): 804-809.
- ACOG. Committee on obstetric practice committee opinion no. 679. Immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol* 2016; 128 (5): 231-236.
- ACOG. Medications for pain relief during labor and delivery. *ACOG FAQ086*, 2017a.
- ACOG. Vaginal birth after cesarean delivery. *ACOG FAQ070*, 2017b.
- ACOG. Practice bulletin no. 205: vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2019a; 133 (2): 110–127.
- Akyol A, Yağcı Ş, Tekirdağ, A.İ. Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. *JOPP Derg* 2011; 3 (2): 55-63.
- Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 7 (12).
- Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?. *BJOG* 2006; 113 (11): 1253-1258.
- Aref-Adib M, Vlachodimitropoulou E, Khasriya R, Lamb BW, Selo-Ojeme D. UK O&G trainees' attitudes to caesarean delivery for maternal request. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2018; 38 (3): 367–371.
- Arcia A. US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery* 2013; 29 (8): 885–894
- Arikan D, Özer A, Arikan İ, Coşkun A, Kiran H. Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284 (3): 543-549.
- Asgarian A, Rahmati N, Nasiri F, Mohammadbeigi A. The failure rate, related factors, and neonate complications of vaginal delivery after cesarean section. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2020; 25 (1): 65-70.

Attanasio, LB, and Paterno MT. Correlates of trial of labor and vaginal birth after cesarean in the united states. **Journal of Women's Health** 2019; 28 (9): 1302-1312.

Bal M, Yılmaz S, Beji N. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. **F.N. Hem. Derg.** 2013; 21 (2): 139-146.

Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. **Obstetrics & Gynecology** 2011; 118 (1): 29-38.

Başar F, Sağlam H. Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. **Journal of Current Researches on Health Sector** 2018; 8 (1): 59-74.

Bergholt t, Østberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. **Obstetricia et Gynecologica Scandinavica** 2004; 83 (3): 262–266.

Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. **PLoS One** 2016; 11 (2).

Belizan J.M, Althabe F, Cafferata M.L. Health consequences of the increasing caesarean section rates. **Epidemiology** 2007; 18: (4): 485-486.

Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, Schulkin J. Cesarean delivery on maternal request. **Obstetrics & Gynecology** 2007; 109 (1): 57-66.

Bihler J, Tunn R, Reisenauer C, Kolenic GE, Pauluschke-Froehlich J, Wagner P, Huebner M. The preferred mode of delivery of medical professionals and non-medical professional mothers-to-be and the impact of additional information on their decision: an online questionnaire cohort study. **Archives of Gynecology and Obstetrics** 2019; 299 (2): 371-384.

Bülbül G. İstanbul'da çalışan bir grup kadın hastalıkları ve doğum uzmanının doğum şekli ile ilgili görüş ve önerileri. Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2012.

Black M, Entwistle VA, Bhattacharya S, Black KG. Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. **BMJ Open** 2016; 6.

Campo-Engelstein L, Howland LE, Parker WM, Burcher P. Scheduling the stork: media portrayals of women's and physicians' reasons for elective cesarean delivery. **Birth** 2015; 42 (2): 181–188.

Can A. SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde veri analizi, **Pegem Akademi**, Ankara, 2018, s.429.

Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur MJ, Homer CSE. Clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing** 2011; 7 (8): 1646-1661.

Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, Lumbiganon P,

Gruen RL, Betran AP. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2018; 9.

Chigbu O, Ezenyeaku C, Ezenkwele P. Obstetricians' attitudes to caesarean delivery on maternal request in Nigeria. **J Obstet Gynaecol.** 2010; 30 (8): 813-817.

Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2018; 5.

Cox KJ. Providers' perspectives on the vaginal birth after cesarean guidelines in Florida, United States: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2011; 11 (1).

Çelik M, Çöçelli LP, Dikensoy E, Balat Ö, Öner Ü, Şahinöz S. Doğum analjezisinde sürekli infüzyon ve hasta kontrollü analjezi yönteminin kombine spinal epidural ile epidural analjezi tekniklerinde klinik etkinliklerinin karşılaştırılması. **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi** 2007; 8 (1): 27- 33

Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. **Sexual & Reproductive Healthcare** 2016; 7: 2-7.

Duman Z. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Afyon 2006.

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

Dweik D, Girasek E, Oreki A, Meszaros G, Pa A. Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2014; 93 (4): 408-415.

Eden KB, Hashima JN, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence. **Birth** 2004; 31 (1): 49-60.

Edmonds JK, Cwierniewicz T, Stoll K. Childbirth education prior to pregnancy? Survey findings of childbirth preferences and attitudes among young women. **J Perinat Educ** 2015; 24 (2): 93–101.

Fuglenes D, Oian P, Gyrd-Hansen D, Olsen JA, Kristiansen IS. Norwegian obstetricians' opinions about cesarean section on maternal request: should women pay themselves? **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica** 2010; 89 (12): 1582–1588.

Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Rodríguez-Pradera S, Gutierrez-Martí MJ, Escuriet R. Relation between epidural analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in catalonia. **Midwifery** 2019; 70: 76–83.

Gözükara İ, Karapınar O, Hakverdi AU, Kurt R, Demirkıran G, Sezaryen sonrası vajinal doğum: sağlık çalışanlarında bir anket çalışması. **Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi** 2016; 13 (4): 151-153

Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, & Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2014; 14 (1).

Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji, Çeviri Editörleri: Çavuşoğlu H, Yeğen B, **Nobel Tıp Kitapevleri**, İstanbul, 2007, s.1027-1038.

Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Cuttini M. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology** 2006; 113 (6): 647–656.

Hansen A.K, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen T.B. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **BMJ** 2008; 336: (85).

Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, Ashrafinia N, Khazardoost S. Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. **Gynecology and Obstetrics** 2009; 280 (1): 3–37.

Hauck YL, Stoll KH, Hall WA, Downie J. Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. **Women Birth** 2016; 29 (6): 511-517.

Heffner L, Eklin E, Fretts R. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. **Obstetrics & Gynecology** 2003; 102: 287-293.

Herrera-Gómez A, García-Martínez O, Ramos-Torrecillas J, De Luna-Bertos E, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. **Midwifery** 2015; 31 (6): 613–616.

Hildingsson I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth – A longitudinal cohort study. **Sexual & Reproductive Healthcare** 2014; 5 (2): 75–80.

Indraccolo U, Scutiero G, Matteo M, Indraccolo SR, Greco P. Cesarean section on maternal request: should it be formally prohibited in Italy?. **Ann Ist Super Sanita** 2015; 51 (2): 162-166.

Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology** 2003; 111 (2): 164–166.

Johansson M, Radestad I, Rubertsson C, Karlström A, Hildingsson I. Few fathers-to-be prefer caesarean section for the birth of their baby. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology** 2010; 117 (6): 761–764.

Johansson M, Hildingsson I, Fenwick J. Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. **Midwifery** 2013; 29 (9): 1041–1049.

Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012; 14 (3).

Jonsdottir SS, Steingrimsdottir T, Thome M, Oskarsson GK, Lydsdottir LB, Olafsdottir H, Swahnberg K. Pain management and medical interventions during childbirth among perinatal distressed women and women dissatisfied in their partner relationship: A prospective cohort study. *Midwifery* 2019; 69: 1–9.

Josefsson A, Gunnervik C, Sydsjö A, Sydsjö G. A comparison between swedish midwives and obstetricians & gynecologists opinions on cesarean section. *Maternal and Child Health Journal* 2010; 15 (5): 555–560.

Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012; 20 (3): 210-218.

Küçük M. Obstetrician perceptions of the causes of high cesarean delivery rates in Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2017; 138 (1): 100-106.

Kisa S, Kisa A, Younis, MZ. Opinions and attitudes of obstetricians and midwives in Turkey towards caesarean section and vaginal birth following a previous caesarean section. *Journal of International Medical Research* 2017; 45 (6): 1739–1749.

Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay, M. Choice and birth method: mixed-methodstudy of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* 2009; 116 (7): 886-95.

Kovavisarach E, and Ruttanapan K. Self-preferred route of delivery of thai obstetricians and gynecologists. *J Med Assoc Thai* 2016; 99 (2): 84-90.

Köken G, Cosar E, Sahin FK, Tolga Arioz D, Duman Z, Aral I. Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99: 233–235

Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from norway. *Birth* 2010a; 37 (1): 21–27.

Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sex Reprod Healthc* 2010b; 1(1):21-26.

Lataifeh I, Zayed F, Al-Kuran O, Al-Mehaisen L, Khriesat W, Khader Y. Jordanian obstetricians' personal preference regarding mode of delivery. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2009; 88 (6): 733–736.

Lavender T, Hofmeyr G.J, Neilson J. P, Kingdon C, Gyte G. Caesarean section for non-medical reasons at term. *PMC* 2004; 22.

Leighton BL, and Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 (5): 69–77.

Lightly K, Shaw E, Dailami N, Bisson D. Personal birth preferences and actual mode of delivery outcomes of obstetricians and gynaecologists in South West England; with comparison to regional and national birth statistics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; (8): 181-195

Linn G, Ying Y, Chang K. The determinants of obstetricians' willingness to undertake delivery by vaginal birth after cesarean section in Taiwan. ***Therapeutics and Clinical Risk Management*** 2019; (15): 991–1002.

Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. ***Reprod Health*** 2013; 14: 10 (1): 2.

Logsdon K, and Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch "Natural" childbirth. ***Midwifery*** 2017; 55: 67–74.

Madden KL, Turnbull D, Cyna AM, Adelson P, Wilkinson C. Pain relief for childbirth: The preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. ***Women and Birth*** 2013; 26 (1): 33-40.

Miller AC, and Shriver TE. Women's childbirth preferences and practices in the United States. ***Soc Sci Med*** 2012; 75 (4): 709-716.

Milosevic S, Channon S, Hunter B, Nolan M, Hughes J, Barlow C, Sanders J. Factors influencing the use of birth pools in the United Kingdom: Perspectives of women, midwives and medical staff. ***Midwifery*** 2019; 79.

Mollamahmutoglu L, Moraloglu O, Ozyer S, Akin Su F, Karayalcin R, Hancerlioglu N, Dilmen U. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. ***Journal of the Turkish German Gynecological Association*** 2012; (1): 45-49.

Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. ***Cochrane Database of Systematic Reviews*** 2010; 2.

Nilsson C, Lundgren I, Smith V, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, Begley C. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review. ***Midwifery*** 2015; 31 (7): 657-663.

Ouyang YQ, and Zhang Q. A study on personal mode of delivery among Chinese obstetrician-gynecologists, midwives and nurses. ***Archives of Gynecology and Obstetrics*** 2012; 287 (1): 37-41.

Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. ***Turk J Public Health*** 2013; 11 (2).

Öztürk S, Kılıç M, Ağapınar Şahin S, Yıldız E. Kadınların doğal doğum hakkındaki bilgileri. ***JACSD*** 2016; 8.

Öztürk M, Alan S, Kadioğlu S. Doğumhanede tıp etiği: bir alan çalışması. ***Cukurova Med J*** 2019; 44 (1): 183-194.

Sahlin M, Andolf E, Edman G, Wiklund I. Mode of delivery among Swedish midwives and obstetricians and their attitudes towards caesarean. ***Sex Reprod Health*** 2017; (11): 112-116.

Santas G, and Santas F. Trends of caesarean section rates in Turkey. ***Journal of Obstetrics and Gynaecology*** 2018; 38 (5): 658–662.

Serçekuş P, Egelioglu Cetisli N, İnci FH. Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. **Sex Reprod Healthc** 2015; 6 (3):182-185.

Serçekuş P, Gökçe İşbir G. Doğal Doğum, Okumuş H, **Deomed Yayıncılık**, İstanbul, 2015, s.191.

Serçekuş P, Gökçe İşbir G, İnci FH. Reliability and validity of the delivery fear scale. **DEUHFED** 2017; 10 (4): 179-185.

Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna, AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012; 17 (10).

Simpson KR. Underwater Birth. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing** 2013; 42 (5): 588–594.

Sharpe AN, Waring GJ, Rees J, McGarry K, Hinshaw K. Caesarean section at maternal request—the differing views of patients and healthcare professionals: a questionnaire based study. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2015; 192: 54-60.

Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO global survey on maternal and perinatal health. **BMC Med** 2010; 10 (8): 71.

Stark MA, Remyse M, Zwelling E. Importance of the birth environment to support physiologic birth. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing** 2016; 45 (2): 285–294.

Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica** 2010; 89 (1): 49-53.

Stoll KH, Hauck YL, Hall WA. Home or hospital? Midwife or physician? preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. **Women Birth**. 2016; 29: (1).

Storksens H, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Grahn N. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2015; 15: (221).

Sun N, Yin X, Qiu L, Yang Q, Gong Y. Chinese obstetricians' attitudes, beliefs, and clinical practices related to cesarean delivery on maternal request. **Women and Birth** 2020; 33 (1): 67-71.

Şatır DG, Ünsal Atan Ş, Taner A, Gün S. Kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin doğal doğum ve doğumda uygulanan müdahalelere ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 2018; 15 (4): 222-227.

Thöni A, Mussner K, Ploner F Water birthing: retrospective review of 2625 water births. Contamination of birth pool water and risk of microbial cross-infection. **Minerva Ginecol** 2010; 62 (3): 203-211.

Torloni M.R, Betran A.P, Souza J.P, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, Classifications for cesarean section: a systematic review. **PLoS One** 2011; 20: (6).

Torloni M.R, Betran A.P, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A. *Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13: (1).

Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması 2018, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*, Ankara, 2019, s.112-117.

Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Çocuk, *TÜİK 24645*, Haber Bülteni, 2017.

Vandenbussche F, Jong-Potje L, Stiggelbout, A, Cessie S, Keirse M, Fracog F. Differences in the valuation of birth outcomes among pregnant women, mothers, and obstetricians. *Birth* 1999; 26 (3).

Vanderlaan J, Hall PJ, Lewitt M. Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 2018; 59: 27-38.

Young K, and Kruske S. How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature. *Women and Birth* 2013; 26 (2): 105–109.

Zanetti-Daellenbach RA, Tschudin S, Zhong XY, Holzgreve W, Lapaire O, Hösli I. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2007; 134 (1): 37-43.

Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007; 34: (1).

Wells CE. Vaginal birth after cesarean delivery: views from the private practitioner. *Seminars in Perinatology* 2010; 34: (5).

Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesareansection on maternalrequest: reasonsfortherequest, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 2007; 86: 451-456.

World Health Organisation Caesarean sections should only be performed when medically necessary. *WHO*, Geneva, 2015.

World Health Organisation. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, *Department of Reproductive Health and Research*, 2015.

World Health Organisation, Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, *WHO*, Geneva, 2018a.

World Health Organisation, WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience, *WHO*, Geneva, 2018b; s. 19-168.

Wright J.B, Wright A.L, Simpson N, Bryce F. A survey of trainee obstetricians preferences for child birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001; 97: (23).

Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019; 19 (1).

WEB_1. Statista. <https://www.statista.com/statistics/982511/c-section-delivery-rates-globally-by-region/>. Percentage of live births delivered by cesarean section worldwide in 2000 and 2015, by region, (son güncelleme tarihi: 01.10.2018, alındığı tarih: 19.08.2019).

WEB_2. Health at Glance, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (son güncelleme tarihi: 10.11.2017, alındığı tarih: 28.08.2018).

WEB_3. ACOG 2019b, <https://www.acog.org/Womens-Health/Cesarean-Delivery>, (son güncelleme tarihi: 01.01.2019, alındığı tarih: 13.12.2019).

WEB_4. ACOG 2018, <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq006.pdf?dmc=1&ts=20200129T0959293443> (son güncelleme tarihi: 01.05.2018, alındığı tarih: 13.12.2019).

8.ÖZGEÇMİŞ

19 Nisan 1995 yılında Denizli'de doğdu. İlk, orta, lise ve lisans öğrenimini Denizli'de tamamladı. 2017 yılında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2018 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

9. EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/12/2018-E.90552



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/90552
Konu :Başvurumuz hk.

31/12/2018

Sayın Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

İlgi :19.12.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "Sağlık Personelinin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerinin İncelenmesi" konulu çalışmanız 25.12.2018 tarih ve 24 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK 2. Pamukkale Üniversitesi Hastane Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/01/2019-E.1330



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :65124556-600/
Konu :Büşra DEĞİRMENCİLER Anket
Çalışması hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi :04/01/2019 tarihli, 732 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazımızda belirtmiş olduğunuz ""Sağlık Personelinin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını yapma talebiniz Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER
Merkez Müdürü

EK 3. İsim Değiştirme Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/03/2020-E.22481



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/22481
Konu :Başvurumuz hk.

18/03/2020

Sayın Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

İlgi :12.03.2020 tarihli dilekçeniz

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "Sağlık Personelinin Doğum Şekli Tercihleri ve Tercih Nedenlerinin İncelenmesi" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz 17.03.2020 tarih ve 06 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIğINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK 4. Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyet

(a) Kadın (b) Erkek

3.Medeni durum

(a) Evli (b) Bekar

3. Eğitim durumu

(a) Lise (b) Ön Lisans (c) Lisans (d) Yüksek Lisans (e) Doktora ve üstü.

4. Meslek

(a) Hekim (Uzmanlık Alanınızı MUTLAKA Belirtiniz:)

(b) Hemşire (c) Fizyoterapist (d) Sağlık Teknisyeni- Teknikeri
(e)Ebe

(f)Diğer.....

5. Ekonomik durum

a) Gelir giderden az (az) (b) Gelir gidere eşit (orta) (c) Gelir giderden fazla
(yüksek)

6.Mesleki deneyim

- a) < 5 yıl b) 5-10 yıl c) >10 yıl

7.Şu an çalıştığınız birim:

8.Çocuğunuz var mı?

- a) Evet b) Hayır *****(Cevabınız hayır ise 11 ve 12. soruları yanıtlamayınız.)**

9. Çocuğunuz varsa gerçekleştirdiğiniz son doğum şekli nedir?

- a) Normal vaginal doğum b) Sezaryen

10.Son doğumunuz sezaryen ise nedenini açıklayınız.

- a) Tıbbi endikasyon (belirtiniz)..... b) Kendi veya eş isteği

- c) Eşin ya da kendisinin normal doğum yapabileceğine inanmama
- d) Anne – bebek için daha risksiz olması
- e) Olumsuz normal doğumlara tanık olma/duyma
- f) Önceki doğumda olumsuz deneyim yaşanması
- g) İleride üreme organlarında sarkma ve idrar kaçırma olmaması için
- h) Üreme organlarının estetik görüntüsünün bozulacağı endişesi
- i) Cinsel hazzın azalması ile ilgili tereddütler
- j) Cinselliğin olumsuz etkilenmesi ile ilgili tereddütler
- k) Epizyotomi korkusu
- l) Doğum zamanı ve süresinin belli olması
- m) Kanama, anorektal yaralanma riskinin daha az olması
- n) Daha konforlu- güvenli olduğunu düşünme
- o) Anne-bebek açısından daha sağlıklı olduğunu düşünme
- p) Doğumhane şartlarının normal doğum için uygun olmaması
- q) Normal doğum yaptıracak personele güvenmeme
- r) Tıbbi endikasyon olması (tıbbi gereklilik)
- s) Doktorun isteği
- t) Eş isteği
- u) Yakın çevrenin isteği (anne, kayınvalide vb.)
- v) Sosyal baskı
- w) Doğumun gebelik boyunca takip eden hekim tarafından yapılmasını isteme
- x) Normal doğumun uzun vadede olumsuz etkileri olacağını düşünme
- y) Diğer.....

5.Sezaryen operasyonunun tıbbi gerekçeler olmadan yalnızca isteğe bağlı olarak yapılmasını uygun buluyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

6.Sezaryen ve normal vaginal doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

7.Sizce, tıbbi gerekçeler olmadığı durumlarda sezaryen kadınlar için bir seçim hakkı mıdır?

- a)Evet
- b) Hayır

8.Sağlıklı bir gebelikte normal vaginal doğum sizce kim tarafından yaptırılmalıdır?

- a) Doktor
- b) Ebe

9.Sezaryen sonrası sağlıklı bir gebelikte vaginal doğum konusundaki düşünceleriniz nedir?

- a) Sezaryen sonrası vaginal doğumun riskli/yapılamaz olduğunu düşünüyorum.
- b) İlk sezaryen sonrası vaginal doğum yapılabileceğini düşünüyorum.