

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİPAR GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİNE
KARAR VERME DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

ZÜLEYHA VATANSEVER

DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİPAR GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİNE
KARAR VERME DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZÜLEYHA VATANSEVER

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. HÜLYA OKUMUŞ

İZMİR-2009

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Züleyha Vatansever'in "**Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi**" konulu bu tezi 27 Ağustos 2009 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ



(Jüri Üyesi)

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN



(Jüri Üyesi)

Doç. Dr. Samiye METE

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇİNDEKİLER	1-2
TABLO DİZİNİ	3
ÖNSÖZ	4
ÖZET	5
ABSTRACT	6-7
BÖLÜM-I. GİRİŞ	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	8-11
1.2.Araştırmanın Amacı	11
BÖLÜM-II. GENEL BİLGİLER	
2.1.Doğum Şekilleri	
2.1.1. Vajinal Doğum	12
2.1.2. Sezaryen Doğum	14
2.2. Karar Verme ve Karar Verme Stilleri	
2.1.1.Karar Verme	19
2.1.2. Karar Vermeyi Etkileyen Faktörler.....	20
2.1.3.Karar Verme Stilleri	21-22
2.1.4. Doğum Şekline Karar Verme.....	23
BÖLÜM-III. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1.Araştırmanın Tipi	24
3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	24
3.3.Araştırmanın Örnekleme ve Özellikleri.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanma Zamanı.....	25
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	26
3.6.Araştırmanın Değişkenleri	27
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu	27

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
---------------------------------------	----

BÖLÜM-IV. BULGULAR

4.1. Primipar Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	28
4.2. Primipar Gebelerin Gebelik Öyküleri ve İzlenme Özellikleri	29
4.3. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumlarına İlişkin Bulgular.....	30
4.4. Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikler, Gebelik Öyküleri, Doğum Şekline Karar Verme Durumları ve Karar Verme Stillerine Göre Doğum Şekli Kararları Arasındaki İlişki.....	32

BÖLÜM-V. TARTIŞMA

5.1. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	42
5.2. Primipar Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Gebelik Öyküleri, Doğum Şekline Karar Verme Durumları ve Karar Verme Stillerine Göre Doğum Şekli Tercihlerinin İncelenmesi.....	46

BÖLÜM-VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....51-52

KAYNAKLAR.....53-58

EKLER

EK I. Demografik Özellikler, Gebelik Öyküleri Ve Doğum Şekline Karar Verme Durumları Soru Formu

EK II. Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği-II (MKVÖ II)

EK III. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı

EK IV. Uygulama İzinleri

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo 1. MKVÖ-II'nin Alt Boyutları, Maddeleri, Cronbach Alpha, Güvenirlik Katsayıları ve Min/Max Değerleri	26
Tablo 2. Primipar Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	28
Tablo 3. Primipar Gebelerin Gebelik Haftaları	29
Tablo 4. Primipar Gebelerin Gebelikleri Süresince İzledikleri Sağlık Kuruluşları.....	29
Tablo 5. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumları.....	30
Tablo 6. Primipar Gebelerin Yaşlarına Göre Doğum Şekli Kararları	32
Tablo 7. Primipar Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları	33
Tablo 8. Primipar Gebelerin Ekonomik Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları	33
Tablo 9. Primipar Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları	34
Tablo 10. Primipar Gebelerin Sağlık Güvencelerine Göre Doğum Şekli Kararları	34
Tablo 11. Primipar Gebelerin İzledikleri Sağlık Kuruluşlarına Göre Doğum Şekli Kararları	35
Tablo 12. Primipar Gebelerin İzledikleri Sağlık Personeline Göre Doğum Şekli Kararları	36
Tablo 13. Primipar Gebelerin Gebelik Haftalarına Göre Doğum Şekli Kararları.....	36
Tablo 14. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Göre Doğum Şekli Kararları	37
Tablo 15. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları	37
Tablo 16. Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Aşamasında Söz Sahibi Olmayı İsteme Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları	38
Tablo 17. Primipar Gebelerin Doğum Şekline Kimin Karar Vermesi Gerektiğine Yönelik Düşüncelerine Göre Doğum Şekli Kararları	39
Tablo 18. Primipar Gebelerin Karar Verme Stilleri Ölçeği Puanlarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları	39
Tablo 19. Primipar Gebelerin Karar Verme Stilleri Ölçek Puanlarına Göre Doğum Şekli Kararları	40

ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmalarım süresince çalışmalarına rehberlik eden, bilgi ve deneyimleri ile sonuca ulaşmamda sonsuz destek sağlayan, danışman hocam Prof. Dr. Hülya Okumuş'a,

İstatistiksel analizlerimde yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof.Dr. Gülseren Kocaman, Yard. Doç. Dr. Şeyda Seren ve Yard. Doç. Dr. Saniye Çimen'e,

Çalışmamı uygulamama olanak sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir Dr. E. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine,

Veri toplama sürecimde, uygun koşullar sağlayan ve çalışmamı destekleyen İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi NST birimi hemşiresi Ayşe Memiş, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi NST birimi hemşireleri Funda Düşmez ve Asiye Öztürk'e,

Araştırmama katılmayı kabul eden ve içtenlikle anketlerimi dolduran tüm gebelere,

Çalışmalarım süresince her konuda yardımlarını esirgemeyen ablam Zehra Vatansever ve yakın arkadaşım Emine Vatansever'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

PRİMİPAR GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİNE KARAR VERME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Züleyha VATANSEVER

Amaç: Çalışmanın amacı, primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumları ve etkileyen etmenleri incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma kapsamına, İzmir ilinde bulunan üç farklı hastaneden sezaryen endikasyonu taşımayan, 18 ile 40 yaş aralığında ve 36-40. gebelik haftasında olan toplam 600 primipar gebe alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan Demografik Özellikler, Gebelik Öyküleri ve Doğum Şekline Karar Verme Durumları Soru Formu ve Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği-II kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (sayı, yüzde, minimum, maximum v.b.), çok gözlü ki-kare ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin %81.3'ünün doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmak istediği belirlenmiştir. Gebeler doğum şekli kararları açısından incelendiğinde, %67.2'sinin normal doğuma ve %13.7'sinin sezaryen doğuma karar verdikleri, %19.2'sinin ise doğum şekli konusunda halen kararsız olduğu saptanmıştır.

Gebelerin yaşları, eğitim seviyeleri, çalışma durumları, izlenen sağlık kuruluşu, gebelik haftaları, doğum şekli tercihleri, doğum şekli tercihlerinin sorulma durumları ile doğum şekli kararları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kaçıngan karar verme puanı yüksek olan gebelerin doğum şekli konusunda kararsız olduğu, *erteleyici karar verme* puanı yüksek olan gebelerin ise normal doğuma karar verdikleri saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Primipar gebeler doğum eylemi konusunda yaşadıkları belirsizlikten dolayı, doğum şekline sağlık personeli ile birlikte karar vermek istemektedirler. Gebelerin doğru doğum şekline karar vermeleri konusunda desteklendiği ve düşüncelerinin önemsendiği eğitim ortamlarına gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, gebelerin gereksinimlerini karşılayan doğuma hazırlık yaklaşımlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primipar, Doğum şekli tercihi, Karar verme

ABSTRACT

THE STUDY OF DECISION MAKING STATES ABOUT THE DELIVERY MODE OF PRIMIPAR PREGNANTS

Züleyha VATANSEVER

Aim: The aim of this study is to look into the decision making states about the delivery mode of primipar pergnants and the effective factors.

Method: This is a sectional and descriptive study. In the research , there were totally 600 primipar pregnant who were absent of cesarean indication from three different hospitals in İzmir ,whose ages were between 18 to 40 , and who were in 36 to 40 pregnancy week. Question Form, including the Demographic Characteristics ,Pregnacy stories and Decision Making States about The Delivery Mode, which is developed by the researcher and Melbourne Decision Making Stales Scale-II were used as a means of data collection. All the datas derived from the research were assessed in terms of descriptive statistic (number, percent, minimum, maximum,...), chi-square and one way variance analysis.

Findings: It was confirmed that 81.3% primipar pregnant wanted to be closely involved with desicion making stage about their delivery modes.When we investigated the pregnant according to their delivery mode decisions, it was also confirmed that 67.2% pregnant decided to have a normal vaginal delivery ,13.7% pregnant decided to have cesarean delivery and 19.2 % pregnant were still ambivalent about their delivery modes.

In addition to this ,it was stated that there was a meaningful difference between the ages of pregnant ,educational backgrounds,layman or professional,medical establishments , pregnancy weeks,their preferences about the delivery mode , the states of being asked how to make the delivery and the delivery mode decisions (**p<0.05**).

It was stated that the individuals having a high point in the prudent decision making were undecided about their delivery modes and the individuals having a high point in the dilatory decision making decided to have a vaginal delivery (**p<0.05**)

Conclusion: Because of having uncertainty about the Delivery Operation,the primipar pregnant wants to decide their delivery mode with a health guidance .It has been confirmed that the pregnant needs training about the correct delivery mode decision and they wants to be

overrated in their delivery mode decision. So ,it is suggested that preparation approaches for the delivery including the pregnant's needs must be applied.

Key Words: Primipar , Delivery Mode Preference ,Decision Making

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen ile doğum oranını 2010 yılı için %10-15 oranlarında önermektedir. Önerilen bu oranın üzerinde ve altındaki değerler, ülkelerin maternal/fetal mortalite ve morbidite oranlarında artış riski taşıdığını göstermektedir (Villar et al. 2005). Son yirmi yıl içerisinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda sezaryen oranlarında belirgin bir artışın olduğu bildirilmektedir (Konakçı, Kılıç 2002; Dölen, Özdeğirmenci 2004; Khan 2008).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 1999-2000 yılı verilerine göre sezaryen ile doğum oranı %22.9'dur. Çin'de 1993-1994 yılları arasında %4.9 olan sezaryen oranı, 2001-2002 yılları arasında %20.4'e yükselmiştir (Sufang et al. 2007). Tahran'da 1999 yılında sezaryen oranı %35.4 iken, 2003 yılında %42.3'ye yükselmiştir (Moini et al. 2007). Güney Kore'de 1982 yılında %4.4 olan sezaryen doğum oranı 2001 yılında %39.6'ya yükselmiştir (World Health Statistics-2008). Avustralya "Royal Women's Hospital'da" 2005 yılı içerisinde 5833 doğumun değerlendirildiği bir çalışmada, toplam sezaryen oranı %28.3 olarak bulunmuştur (McCarthy et al. 2007). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması-2003 verilerine göre bölgeler arasında büyük farklar olmakla birlikte ülke genelinde sezaryen oranı %21.2 olarak bildirilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması daire başkanı Dr. Rukiye Gül bildirisinde, hastanede yapılan doğumlarda ki sezaryen oranını 2005' te %40.7, 2006' da %40.3 ve 2007' de %42.5 olarak ifade etmiştir (Medimagazin 06-10-2008 yayını) Ülkemizde ve diğer gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerinde 2010 yılı öncesinde olunmasına rağmen, sezaryen ile doğum oranları DSÖ'nün önerdiği oranın oldukça üzerindedir.

Tıbbi teknolojinin gelişmesi ile birlikte, antenatal takipte yeni tanı ve tedavi seçeneklerin ortaya çıkması sezaryen ve normal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkını azaltmış, sosyoekonomik faktörlerin etkisiyle de sezaryen ile doğum geniş bir endikasyon yelpazesinde rahatlıkla uygulanır hale gelmiştir (Liston, 2003). Sezaryen oranının yüksekliği, kadınların gereksiz yere bir operasyon geçirmeleri ve komplikasyonların artması nedeni ile kadın sağlığının tehdit altında olduğunu düşündürmektedir. Bir sağlık sorununun olmasının yanı sıra, maliyetinin

yüksekliği de ailelere ve devlete yük getirmektedir. Bu nedenle dünyada ve ülkemizde 2001 yılından itibaren bu sorunun nedenini belirlemeye yönelik çalışmalarda büyük artış gözlenmiştir.

Sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik olarak İngiltere Ulusal Sağlık Örgütü, kadınların kendi bakımlarına ve doğum şekline karar verme süreçlerine daha aktif katılmaları için sağlık kurumlarında onları cesaretlendirme politikası izlenmesini önermektedir (National Health Service Executive-1999). Ülkemizde ise, bu tür programlara yönelik çalışmalar yapılmayıp, Sağlık Bakanlığının belirlediği, hekimlere yönelik bazı yaptırımlar ile sezaryen doğum oranları düşürülmeye çalışılmaktadır.

Dünya ve ülkemizde sezaryen doğumun artış nedenlerini inceleyen araştırmalara bakıldığında, en yüksek orana sahip nedenin geçirilmiş sezaryen öyküsü olduğu belirlenmiştir (Angeja et al. 2006; Aali, Motamedi, 2005; Coşkun ve ark. 2007; Güney ve ark. 2006; Hildingson, 2006; Moffat, et al. 2006; Moini, et al 2007; Yaşar ve ark. 2007; Gomes, 1998). Sezaryen oranlarını tartışan literatürlerde, endikasyonlar daha doğru değerlendirilir ise sezaryen doğumların büyük bir çoğunluğunun vaginal yol ile gerçekleşebileceği belirtilmektedir (Konakçı, Kılıç 2002). Sezaryen doğum sonrası normal vajinal doğum ülkemizde yaygın olarak yapılan bir uygulama olmadığı için, ilk doğumu sezaryen olan kadınların diğer doğumlarının rutin olarak sezaryen olması nedeni ile sezaryen oranları katlanarak artmaktadır. Bu nedenle ilk doğumlardaki hatalı sezaryen endikasyonlarının ve medikal gereksinimler dışındaki nedenlerin incelenmesi gerekmektedir.

Ailenin sosyoekonomik düzeyinin yüksekliği, annenin yüksek öğrenim görmesi, anne yaşının ileri olması, annenin çalışıyor olması, kentsel bölgede yaşıyor olması, özel sigortalı olması, doğumunu özel hastanede yapıyor olması ve yüksek sayıda doğum öncesi bakım alması sezaryen oranı artışında etkili olduğu belirtilmektedir (Angeja et al. 2006; Aali, Motamedi, 2005; Gamble, 2000; Coşkun ve ark. 2007; Güney ve ark. 2006; Hildingson, 2006; Moffat et al. 2006; Moini et al. 2007; Yaşar ve ark. 2007; Gomes, 1998; Çivili, 2005; Almeida, 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, erkek fetus sahibi olmanın bile sezaryen ile doğum tercihinde etkili olduğu gösterilmiştir (Konakçı, Kılıç 2004).

Sezaryen oranının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden ise annelerin sezaryen isteğidir (Gamble, Debra 2000; Özcan, 2006; Gözükara, 2006; Çivili, 2005; Weaver et al. 2007). Yapılan bazı çalışmalarda da annenin tercihinin önemli bir oranda doktor yönlendirmesi ile oluştuğu, annelerin aslında bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri

belirtilmektedir (Tangcharoensathien et al. 2006; Weaver et al. 2006; Dölen, Özdeğirmenci 2004).

Serçekuş (2005) çalışmasında, nullipar kadınların doğuma ilişkin korkularının en temel nedenlerinin; doğum deneyimini ilk kez yaşayacak olma, doğuma ilişkin kötü hikayeler duyma, olumsuz bir doğum deneyimini izleme olduğunu ve doğum korkusunun annelerin sezaryen istemelerine yol açtığını saptamıştır. Gebeler, vajinal doğumdaki ağrıdan ve zarar görmekten korkmakta, bu nedenle daha güvenli olduğunu düşündükleri sezaryen doğumu tercih etmektedirler (Çivili, 2005).

Gebe birey doğum eylemine kadar geçen gebelik süresince özellikle son trimestırda nasıl doğum yapacağını düşünmekte ve huzursuzluk yaşamaktadır (Okumuş, Mete ve ark. 2009; Taşkın, 2003). Bu süreçte gebe birey kendi isteği veya obstetrik problemler nedeni ile doğum şekli konusunda karar verme durumunda kalmaktadır. Anne her iki karar verme durumunda da anksiyete ve korku yaşamaktadır. Bir grup gebe karar vermede söz sahibi olmak isterken, diğer kısmı kararda yer almaktan kaçmakta ve sorumluluk almak istememektedirler (Gamble, Creedy, 2001; Moffat et al. 2006; McCourt et al. 2000).

Moffat ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, karar vermede üç önemli alanın; doğum şekli kararının değişkenliği, gebelerin karara katılım durumları ve doğum şekli kararını etkileyen etmenler olduğu belirtilmektedir. Vusse (1999) 15 gebenin doğum hikayelerini ve karar verme durumunu analiz eden araştırmasında, kadınlarda genelde tek taraflı katılımlı karar verme durumları belirlenmiş olup, kadınların karar verme süreci sonucunda olumsuz duygular yaşadıkları ifade edilmiştir. Bu durumun aksine, gebe kadınlara tercihleri sorulduğunda ve hekim/hemşire tarafından karara katılmalarına fırsat verildiğinde olumlu duygular yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda aynı çalışmada, perinatal bakım veren kişilerin anne adaylarına karşı emir verici olmamaları, bilgilendirici ve karar verme sürecinde destekleyici olmaları, eşlerin de katıldığı görüşmelerin yapılacağı ortamların sağlanması önerilmektedir.

Yasalar ve etik kurallara göre olması gereken doğum şekli, herhangi bir sağlık probleminin bulunmaması halinde normal vajinal doğumdur. Bu seçenek bir nedenle gerçekleşmez ise, sezaryen seçeneği ortaya çıkar. Bu aşamada gebe kadın karar verme ile karşılaşmakta ve anksiyete yaşamaya başlamaktadır. Teknolojik gelişmeler ve gelişen çevresel faktörler nedeni ile doğum şekli gebelere tercih olarak sunulur hale gelmiştir. Bu doğrultuda isteğe bağlı sezaryen kavramı ortaya çıkmış, dünya ve ülkemizde rahatlıkla uygulanır hale

gelmiştir. Ancak son yıllarda bu problem olarak görülmüş ve tüm dünya ülkelerinde yükselen sezaryen oranlarındaki artışı azaltmaya yönelik çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Günümüzde kadınlar, doğum şekli konusunda söz sahibi olmak ve karara katılmak istemektedirler. Herhangi bir nedenle, doğum şekline karar vermek zorunda kalan bir kadının, karar verme sürecinde, kendi karar verme stiline etkili olduğu düşünülmektedir. Bu aşamada sağlık personeline düşen görev, kadını doğum şekli kararına uygun bir şekilde katılımını sağlamak ve doğru olan doğum şekline karar vermesi konusunda cesaretlendirmektir. Bu nedenle anne adaylarının karar verme stillerinin doğum şekli kararı üzerinde etkisinin inceleyen bilimsel çalışmalara gereksinim olduğu düşünülerek bu çalışma planlanmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumları ve etkileyen etmenleri incelemektir.

Araştırma Soruları:

1. Primipar gebelerin doğum şekli kararları nelerdir?
2. Primipar gebelerin sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküleri ve doğum şekline karar verme durumlarına göre doğum şekli kararları nelerdir?
3. Primipar gebelerin karar verme stillerine göre doğum şekli kararları nelerdir?

BÖLÜM-II

GENEL BİLGİLER

Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da oldukça önemlidir. Sağlıklı annelerden doğan ve yetişen çocuklar ileride sağlıklı toplumun temelini oluşturacaklardır. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme bu nedenlerle sağlık hizmetlerinin öncelikli sorumluluklarından birisidir.

Gebelik ve doğum doğal bir olay olmasının yanında, anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkileyen, meydana getirdiği değişiklikler bakımından da annenin sağlık-hastalık arasındaki çizgisini daraltan bir süreçtir. Kültürlerin çoğunda yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, kadını yaşamın bir noktasından diğerine ulaştıran sosyal ve biyolojik bir olay olması ile birlikte, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli deneyimdir. Hatta doğum anne ve baba adayları için yaşamlarının en güzel deneyimi olarak da tanımlanmaktadır (Taşkın, 2003; Okumuş, Mete ve ark. 2009).

2.1.DOĞUM ŞEKİLLERİ

Doğum eylemi, son menstrual periyottan kırk hafta sonra, fetusun ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal vajinal doğum ve sezaryen olmak üzere iki tip doğum şekli vardır. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal vajinal doğum için uygundur ve yeterli destek sağlanıp uygun müdahalede bulunulursa normal vajinal doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir (Beksaç ve ark. 2001; Littleton, 2002; Taşkın, 2003; Okumuş, Mete 2009).

2.1.1. VAJİNAL DOĞUM

2.1.1.1.Spontan Vajinal Doğum

Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetusun dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda, uterus kaslarının düzenli ve ritmik kasılmaları sonucu gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; term'de (son menstrual periyottan 40 hafta sonra), tek ve canlı bir fetusun varlığı ile, verteks pozisyonunda, bas-pelvis uyumsuzluğu olmadan,

sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Burroughs, Leifer, 2001; Taşkın, 2002; Okumuş, Mete 2009) . Doğum eylemi dört faktörün uyumunu gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bunlar; doğum kanalı, doğum objesi (fetus), doğum eylemindeki güçler ve annenin psikolojisidir. Doğum kanalı, kemik pelvisi ve yumuşak dokuları içerir (Miller, Hanretty 2003).

Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Eylemin gerçekleşebilmesi için pelvisin ölçülerinin yeterli ve fetusun aşağı inmesini durduracak bir engelin bulunmaması gerekir. Fetus, pelvise göre uygun ölçülerde ve pelvisten aşağı inebilmek için uygun pozisyonda olmalıdır. Doğum eylemindeki güçler, uterus kontraksiyonlarını ifade etmektedir. Uterus kontraksiyonları, servikste silinme ve dilatasyon yapabilecek, fetusun doğum kanalından inişini kolaylaştıracak güçte ve düzende olmalıdır. Eylemin psikolojisi, kadının psikolojik olarak eyleme ve doğuma uyumu ile ilgilidir. Bu da doğrudan doğum sürecinin seyrini etkiler. Bu faktörlerin hepsi uyumlu ise eylem normal seyrinde ilerler ve gerçekleşir. Şayet bu faktörlerden herhangi birinin ya da birkaçının fonksiyonlarında bir anormallik ya da yetersizlik varsa, eylem ilerleyemez ve normal bir şekilde sonuçlanamaz (Littleton, 2002; Miller, Hanretty, 2003; Taşkın, 2002; Okumuş, Mete 2009).

2.1.1.2.Müdahaleli Vajinal Doğum

2.1.1.2.1. Epizyotomi ile Vajinal Doğum

Epizyotomi, perineal yırtık oluşmasını ve kasların aşırı gerilmesini engellemek için, fetus prematür ise veya devamlı olarak doğumu engelleyen, geçit vermeyen bir perineye karşı zorlanıyor ise fetusu korumak için, anormal prezantasyon varlığında zarar gelmesini önlemek için doğum sırasında perineal alanda yapılan insüzyondur. İşlem lokal anestezi uygulanarak yapılır. Epizyotomi sonrasında daha rahat bir şekilde fetusun vajinal yol ile doğumu sağlanır. Doğum sonrasında epizyotomi insüzyon onarımı sağlanır (Miller, Hanretty 2003).

2.1.1.2.2. Forseps ile Normal Doğum

Forseps kullanımı son yıllarda düşen bir insidansa sahip olmasına karşın bazı ülkelerde sık kullanımı da mevcuttur. Doğumun ikinci evresinin uzaması, fetal ve maternal distres gibi nedenlerle forseps kullanılmaktadır. Serviksin tam olarak dilatasyonu, uygun bir prezente kısmın varlığı, başın en azından angaje olduğu ve medikal problem yokluğunda forseps uygulanmalıdır.

Obstetrik forseps, fetal başı vajinada iken sararak, anne veya fetusa zarar vermeden doğuma traksiyon ve rehberlik ile yardımcı olmaktadır. Birçok değişik şekillerde forsepsler mevcuttur. Forseps kullanımının perineal laserasyon, kanama ve bebeğin yaralanması gibi riskleri mevcuttur. Fakat doğru ve zamanında uygulandığı takdirde bu riskleri çok düşük bir ihtimale sahiptir (Miller, Hanretty 2003).

2.1.1.2.3. Vakum Ekstraktör ile Vajinal Doğum

Vakum ekstraktör obstetrik forsepsle alternatif olarak kullanılan bir traksiyon aletidir. Yapışma ile bebeğin saçlı derisine tutunur ve bilinci açık hastada annenin ıkınmasına yardımcı olmak için uygulanır. Bu enstrüman forseps doğumunun zor olduğu ve hatta serviksin tam olarak dilate olmadığı ve doğum eyleminin uzaması halinde sezaryen doğumu engellemek için kullanıma sunulmuştur. Fetal baş angaje olduğunda kullanılmalıdır (Miller, Hanretty 2003).

2.1.2. SEZARYEN DOĞUM:

Sezaryen seksiyon ya da sezaryenle doğum, 500 gr ve üzerindeki, 20 haftadan büyük olan fetüsün abdominal (laparotomi) ve uterus kesitinden (histeretomi) insizyonla doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (Miller, Hanretty 2003; Littleton, 2002). Baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal yoldan doğum gerçekleşmemekte ya da anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir (Bektaş ve ark. 2001; Littleton, 2002; Taşkın, 2003; Okumuş, Mete 2009).

Sezaryen ile ilgili ilk yazılı bilgiler 16. yüzyılda görülmektedir. Onsekizinci yüzyıl sonu hatta XIX. yüzyıl başına kadar geçirilmiş bir sezaryenden sonra, hayatta kalmayı başarabilen anneye rastlanmamıştır (Sewel, 1993). Önceleri ölen anneden bebeğin canlı olarak alınması için kullanılan ve yaşam kurtarıcı bir yöntem olan bu doğum şekli, cerrahi tekniklerde gelişme, tıp teknolojisindeki ilerlemeler, enfeksiyonla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anestezi yöntemlerinde gelişmeler ve daha pek çok etken ile sezaryen doğumla vajinal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkını azaltmış, bu da sezaryeni gerektiğinde rahatlıkla endikasyonu konulabilen bir işlem haline getirmiştir (Konakçı, Kılıç, 2002). Bütün bunların sonucunda

sezaryen ile doğum oranı son yirmi yıl içerisinde hızlı bir şekilde artış göstermiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sezaryen ile doğumların tüm doğumlar içindeki oranının 2010 yılı için %10-15'i geçmemesi gerektiğini önermektedir. Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda sezaryen oranı önerilenin üzerindedir (Villar et al. 2005).

Dünyadaki bazı ülkelerdeki sezaryen ile doğum oranları; Dominik Cumhuriyeti (2002)'de %31, Portekiz (2001)'de %30, Kolombiya (2005)'da %27, Malta (2002)'da %25, Macaristan (2002)'da %23, Amerika Birleşik Devletleri (2000)'de %23, Almanya (2001)'da %22, Mısır (2005)'da %20, Avusturya (2002)'da %21, İrlanda (2000)'da %19, Danimarka (2000-2006)'da %18'dir (World Health Statistics-2008).

Konakçı ve Kılıç tarafından 2002 yılında İzmir ilinin Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi'nde yapılan araştırmada, bölgede sezaryen ile doğum sıklığı %40.2 olarak saptanmıştır (Konakçı, Kılıç 2004). Tüm dünyadaki ve ülkemizdeki sezaryen doğum oranlarında benzer artışlar mevcuttur. Bu oranlar ülkelerin oldukça yüksek bir mortalite ve morbidite riski taşıdığını göstermektedir.

Sezaryen Doğumun Artış Nedenleri;

Avustralya'da 1984-2003 yılları arasındaki doğum şekli eğilimlerini değerlendiren toplam nüfus doğum kohort çalışmasına göre; sezaryen ile doğum oranındaki artış nedenleri çoğunlukla sosyo-demografik faktörler, obstetrik risk faktörleri ve obstetrik komplikasyonlar ile ilişkili bulunmuştur. Önceki sezaryen doğum deneyimi, distosi, makat geliş ve fetal distress belirtilen diğer bir sezaryen nedenleri arasındadır (Porreco, Thorp 1996). Moffat ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında, daha önce sezaryen doğum deneyimlemiş otuz gebenin doğum şekline karar verme durumları incelenmiş, kadınların geçmiş doğum deneyimlerinin doğum şekli kararlarında etkili olduğu belirlenmiştir.

Elektif ve acil sezaryen oranı ileri yaş gebeliklerde (40 yaş üzeri) ve nullipar gebelerde oldukça yüksek olarak belirlenmiştir (O'Leary et al. 2007). Başka bir çalışmada da yine annenin ileri yaşta olmasının (35 yaş üstü kadınlarda) sezaryen oranı artışında anlamlı düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir (Adashek et al. 1993). Özellikle anne yaşının doğum şekli üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmada da, annenin ileri yaşta olmasının sezaryen ile doğum oranında oldukça etkili olduğu bulunmuştur (Adashek et al. 1993).

Beyrut'ta 2001-2002 yılları arasındaki 6668 doğum verisinin incelendiği bir çalışmada,

ileri anne yaşı, çoğul gebelik ve obstetrik komplikasyonların sezaryen oranı artışında pozitif yönde etkili olduğu gösterilmiştir (Tamim et al. 2006).

İngiltere’de 1996-2000 yılları arasındaki 1.5 milyon doğumu inceleyen bir çalışmada, ekonomik statüsü yüksek olan kesimlerde elektif sezaryen oranı oldukça yüksek bulunmuş olup, ayrıca da elektif sezaryen tercihinde yaş, parite, fetus ağırlığı ve gebelik yaşının da etkilediği olduğu belirlenmiştir (Alves, Sheikh 2005). Şili’li kadınların doğum şekli tercihlerini ve nedenlerini değerlendiren bir çalışmada ise, eğitim seviyesi yüksek ve özel sigortası olan gebelerde sezaryen tercihi daha yüksek bulunmuştur (Angeja et al. 2006). Tayland’da 1996 yılında bir kamu hastanesinde 1150 gebenin değerlendirildiği bir çalışmada, özel muayene olan gebelerde sezaryen ile doğum oranı %70, tam tersine özel muayene olmayanlarda ise vajinal doğum oranının %92 olduğu saptanmıştır (Tangcharoensathien et al. 2006).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada, kadınların vajinal doğumda daha çok bebeklerinin ve kendilerinin zarar göreceğini düşünüp doğum tercihlerini sezaryenden yana kullandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada birçok kadın-doğum uzmanı, az sayıda kadının sezaryen istediğini ifade etmelerine karşın, ulusal sezaryen oranının artışında etkili olan önemli faktörlerden birinin anne isteği olduğunu vurgulamışlardır (Weaver et al. 2007).

Sezaryen artışında etkili olan etmenlerden birinin kadınların kendilerinden kaynaklanan nedenler olduğu ifade edilmektedir. Çivili (2005)’nin çalışmasında, sezaryeni tercih eden kadınların öncelikli tercih sebepleri arasında, sezaryenin normal doğuma göre daha kolay olması (%90.6), herhangi bir sorun olduğunda bebeğin hemen kurtarılması (%90.6), sezaryenin normal doğuma göre daha çabuk olması (%89.9) ve doğumda bebeğin zarar görmemesinin (%86.3) yer aldığı belirtilmektedir.

Avustralya’ da yapılan 36-40. gebelik haftasındaki 310 kadının doğum şekli tercihleri ve etkili olan etmenlerin incelendiği benzer bir çalışmada, %93.5’i normal vajinal doğumu %6.4’ü sezaryen doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, etnik yapı, sağlık bakımının alındığı kurumun dikkate değer bir şekilde doğum şekli tercihinde etkili olduğu saptanmıştır. Sezaryeni tercih eden kadınların birçoğunun bebek ve kendileri için sezaryenin avantajlarını oldukça iyi bildikleri, fakat risklerini çok az bildikleri belirlenmiş olup, sezaryen doğumu bebekleri için daha güvenli gördükleri saptanmıştır (Gamble, Creedy 2001). Aynı çalışmada, sezaryen tercih eden kadınların anksiyete düzeyi vajinal doğumu tercih edenlere oranla oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların vajinal doğum istedikleri

fakat doğum ağrısından korkmaları nedeni ile sezaryena yöneldikleri saptanmıştır.

İsveç’de 1999 yılı için bir yıllık kohort çalışmasında, 3061 kadın değerlendirilmiş ve 593 katılımcı seçilmiştir. Kadınların %8.2’si sezaryen doğum tercih etmiştir. Sezaryen tercihi parite, yaş, sosyal statü, yaşanan alan ve obstetrik öykü ile ilişkili bulunmuştur. Sezaryen tercih eden kadın oldukça depresif ve endişeli olan duygu durumunun, sadece doğum yapma ile ilişkili olmadığı yaşamındaki diğer etmenlerle de ilişkili olduğu, sezaryen tercihinde; önceki sezaryen doğum öyküsü, doğum yapma korkusu ve önceki kötü doğum deneyiminin etkili olduğu belirlenmiştir (Hildingsson, 2002).

Avustralya, Royal Women’s Hospital’daki 2005 yılı içerisindeki doğumları (n=5833) değerlendiren bir çalışmada toplam sezaryen oranı %28.3 olarak bulunmuştur. Kadınların %10.1’i elektif sezaryen ve %18.2’si acil sezaryen ile doğum yapmıştır. Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayan nullipar ve multipar gebelerde planlı sezaryen isteğinin olmadığı saptanmıştır. Fakat acil sezaryen oranları oldukça yüksektir. Öncesinde sezaryen öyküsü olan 530 kadının da elektif sezaryen gerçekleştirme oranı (%57) oldukça yüksek bulunmuştur (McCarthy et al. 2007).

Hildingsson (2006)’un 1999-2000 yılları arasında İsveçli kadınların (n=2878) doğum şekillerini değerlendirdiği çalışmasında, %30.5’i elektif sezaryen ve %14.8’i acil sezaryen olduğunu belirlenmiştir. Aynı çalışmada erken doğumlardaki sezaryen tercihi, tıbbi tanı, yaş, parite, önceki sezaryen deneyimi ve önceki acil sezaryen deneyimi, elektif sezaryen oranı ile ilişkili bulunmuştur.

Park, Yeoum, Choi (2004) çalışmalarında düşünce yapılarına göre sezaryen eğilimi konusunu tartışmışlardır. Sezaryen doğum oranları artışının nedenini sadece anne ve sağlık personeline bağlanmaması gerektiğini savunmuşlardır. Sosyal yapı ve sosyal çevreninde sezaryen artışında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle sezaryen doğum konusunda geniş ve doğru bilgi sunma, bilinçli seçme, mantıklı karar vermenin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Aynı araştırmacılar, çalışmalarında doğum şekli konusunda “naturalist”, “mantıksal düşünme”, “annelik içgüdü” ve “egosentrik” düşünme yapılarını sezaryen eğilimi konusunda değerlendirmişlerdir. Bu dört farklı düşünce yapısına göre bireylerin sezaryen eğilim nedenlerinin ve isteklerinin farklılaştığını belirlemişlerdir.

Gebe birey doğum eylemine kadar geçen gebelik süresince özellikle son trimestırda doğumu ve doğum şeklini düşünmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelerin bu süreçte anksiyete ve

koru yaşadıkları belirtilmektedir (Gamble, Creedy, 2001; Moffat et al. 2006; McCourt et al. 2006). Doğum şekline karar verme diğer günlük kararlardan farklı olması nedeni ile kadınların, doğum şekline karar vermekten kaçınmalarına neden olmaktadır. Bu durumun da sezaryen oranlarının artışında etkileyen bir faktör olabileceği düşünülmektedir (Gamble, Creedy, 2001; Moffat et al. 2006; McCourt et al. 2006).

2.2. KARAR VERME VE KARAR VERME STİLLERİ

2.1.1. Karar Verme

İnsan davranışını anlama ve açıklama psikolojinin temel ilgi alanıdır. Bu konu ile ilgili kuramsal yaklaşımların açıklamalarından insan davranışının kompleks bir yapı içinde olduğu sonucuna varılabilir. Karar verme sosyal bilgi işleme basamağının son adımını temsil etmektedir.

Karar verme zihinsel bir süreç olup insanın en önemli yaşam becerilerinden biridir. Karar verme akıl, düşünce, bilinç ve irade ile donatılmış bulunan insana özgüdür. İnsanın tüm eylem ve davranışı bilinçli ya da bilinçsiz olarak bir karar verme işlemidir. Fakat uygun ve doğru kararlar bireyin yaşamında olumlu değişim ve gelişmelere sebep olurken, yanlış kararlar bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İnsan günlük yaşantısı içinde birçok karar verme durumunda kalmaktadır. Verilen bu kararların insan hayatı üzerindeki etkisi az olduğunda, çoğu zaman bireyler üzerinde çok iyi düşünmeden gelişigüzel karar verilebilmektedir. Ancak insan yaşamını önemli ölçüde etkileyecek bazı kararlar ki, bunlar üzerinde detaylı bir şekilde düşünmeyi gerektirmektedir. Son yıllarda teknolojik, ekonomik ve siyasi gelişmelerle birlikte bireylerin sosyal yaşantıları daha karmaşık hale gelmekte ve bireyin içinde bulunduğu sosyal çevrede seçenekleri artmakta ve karmaşıklaşmaktadır. Bu da insanın karar verme işlemini güçleştirmekte ve karar verirken seçenekler üzerinde daha fazla düşünmesini gerekli kılmaktadır (Haris, 1998). Doğum şekli konusunun da bu değişimden etkilenmesi kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.

Karar verme, belirli bir amaca yönelik olarak eyleme geçmek için mevcut olan veya gerçekleştirilebilecek seçeneklerin belirlenmesi ve bunlardan bir tanesinin tercih edilmesidir. Karar vermede en önemli konu, bireyin veya grubun kendilerini karar verme mevkiinde görme durumuyla ilgilidir (Scott, Bruce 1995).

Karar verme fikri ilk bakışta oldukça karmaşık bir ustalık olarak görülmeyebilir. Bununla birlikte, çalışmalar çoğu insanın karar vermede düşündüklerinden daha güçsüz olduklarını göstermiştir. Karar vermenin ne ile ilişkili olduğunun anlaşılması ile daha iyi kararlar üretmede bireylere yardımcı olunabilir (Harris, 1998).

Karar verme, birey tarafından bir durumun, problem olarak algılanması ile başlayıp, istendik bir amaca ulaşmak için bir ya da daha fazla seçenek arasından bir davranışa dönük etkinliğin seçilmesini içeren zihinsel bir süreçtir. Karar verme zeka, entelektüel ve bilişsel aktiviteler içermekte ve eleştirel düşünme becerisinin kullanılmasını gerektirmektedir. Problemlere bakışı

netleştirmek ve konuyu algılamayı kolaylaştırmak için karar verme süreci önem taşımaktadır. Karar vermenin kalitesi, seçeneklerin tanımlanması ve bunların arasından seçimi ile artmaktadır (Patricia, Yoder 1999; Yoder 1995; Eren 1998; Taşçı 2005).

Toplumsal yaşamın karmaşıklaşması bireyin seçeneklerini arttırmakta, bu da seçme işlemini güçleştirmektedir (Vroom, 1964; Arroba, 1977; Osipow ve Reed, 1985; Pitz, Haren, 1980.....aktaran: Kuzgun, Bacanlı, 2005).

2.1.2. Karar Vermeyi Etkileyen Faktörler

Problemin algılanmasını iç (internal) ve dış (eksternal) faktörler etkilemektedir:

- İç (internal) faktörler: Karar vericinin fiziksel ve duygusal durumu, kişisel özellikleri, kültürel-sosyal-felsefi geçmişi, geçmiş deneyimleri, bilgisi ve tutumlarıdır. Örneğin bireyin, benlik saygısı ve kendine güveni problem çözme ve karar vermede risk alabilme durumunu etkilemektedir.
- Dış (eksternal) faktörler: Çevresel koşulları ve zamanı içerir. Zamanın kısa olması ve çevrenin “her zaman bu yoldan yapıyoruz” şeklindeki tutumları karar verme seçeneklerini sınırlandırmaktadır (Patricia, Yoder 1999; Yoder 1995).

Payne, Bettman ve Johnson (1993)'a göre sosyal faktörler karar verme davranışını etkileyebilmektedir. Örnek olarak, bireyler aile üyelerine, arkadaşlarına, yakın çevrelerine karşı kendilerini sorumlu hissetmekte, böylesi sorumluluk duygusu nasıl karar verileceğini etkilemektedir (Avşaroğlu, 2007).

Baron, Granato, Spranca ve Teubal (1993) tarafından ergenler üzerinde yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalı araştırmalarında, karar verme yetkinliğinin yaşa bağlı olarak arttığını göstermişlerdir (Kuzgun, Bacanlı 2005).

Bireyin karar verme sürecini etkileyen durumlar ise açık (overt) ve kapalı (covert) faktörler şeklinde tanımlanmaktadır. Karar verme sürecinde açık faktörler, düşünce sistemleri veya mekanik adımlardır. Bu adımlarda karar verme modelleri kullanılmaktadır. Karar verme modelleri verilerin toplanması, alternatiflerin belirlenmesi ve seçimlerin yapılması için sistematik bir yol sağlamaktadır. Kapalı faktörler subjektif (soyut) faktörler olarak da bilinmektedir. Bu faktörler açık faktörler kadar kesin ve net değildir. Bu yüzden bireyin kendi karar verme biçimini analiz etmek zor olmaktadır. Kapalı faktörlerde; karar vericinin değerleri, benlik saygısı, rolleri ve görev tanımları, motivasyonu ve karar verme gücü yer almaktadır. Bireylerin karar verme

gücü ne kadar kuvvetli ise, kararlarını daha bağımsız ve rahat vermektedirler (Patricia, Yoder 1999; Yoder 1995). Özellikle de bu süreçte yeterli zaman sağlandığında sonuçları daha etkili olmaktadır (Stevens, 1983).

Bireysel farklılıklar karar verme davranışı üzerinde etkilidir. Çok seçenekli kararlar bireyler açısından daha fazla güçlük çıkarmaktadır. Bu durum bireyde strese yol açar. Aynı zamanda bu karar karmaşıklığı bireyi karar vermede olumsuz etkiler (Shiloh, Koren, Zakay, 2001). Bireysel farklılıkların yanında, kültürlerin farklı değer yargıları, toplumsal özellikleri ve tutumları da karar verme ve problem çözme davranışı üzerinde etkili olabilir. Ancak, temel bazı ihtiyaçlar dikkate alındığında karar verme aktivitelerinin evrensel bir süreç olup, kullanılan stratejiler farklılık gösterebilir (Mann et al.1998).

Kararlar arzulan sonuçları almak için verilir. Fakat bazen alınacak bir kararın birden fazla sonuca yol açması olası olabilir. Ortaya çıkacak sonuçların neler olabileceği bazen bilinirken bazen hiç bilinmeyebilir. Sonuçların bilinir olma derecesinin yüksekliği ölçüsünde karar verme hızlanacak, belirsizliği oranında ise karar verme süresi uzayacaktır. Primipar gebelerin doğum eylemi ve ilerleyişi konusunda belirsizlik yaşadıkları için, doğum şekli kararlarında güçlük yaşamadıkları düşünülebilir.

2.1.3.Karar Verme Stilleri

Özel bir karar verme problemi için hangi karar stratejisinin etkili olarak kullanılacağına yönelik üç temel faktör belirleyici olmaktadır; karar probleminin özelliği, bireyin özelliği, sosyal koşulların özelliğidir (Payne, Bettman, Johson 1993.....aktaran Avşaroğlu 2007). Gebelik sürecinde önemli bir yere sahip olan doğum şekli kararında karar verme stillerinin ne düzeyde etkili olduğu merak etmekteyim.

Karar verme sürecini anlama ve sürecin öğelerini açıklama pratikteki faydaları nedeni ile çok önemlidir. Süreçteki bireysel farklılıkların önemli nedenlerinden biride karar verme stilleridir. Dolayısı ile, bireylerin kararlarında neyi temel alarak nasıl karar verdikleri önemlilik kazanmıştır.

Karar verme sürecinin etkinliği karar veren kişiye bağlıdır. Çünkü, karar verme sürecinde bireylerin izlediği yöntem ve kişilik özelliği önemlidir (Shiloh, Koren, Zakay, 2001). Örneğin; kendi değerini bilen, yetenekleri konusunda doğru bir bilgiye sahip olanlar, güçlü yönlerine güvenen birey karar alma sürecinde daha gerçekçi davranacaktır. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi

bireylerin karar verme sürecindeki kendine olan öz saygısı ve güveni bu sürecin baskın değişkenidir (Mann et al. 1998).

Karar verme stili karar verme sürecinin önemli bir diğer belirleyicisidir. Bireyin bir karar verme sorununa yaklaşımını ve karar verirken izlenen yöntemleri içeren karar verme stratejisi, kararın niteliği etkileyecektir (Kuzgun, Bacanlı 2005).

Karar vermenin; aile içinde nasıl ele alındığı, mesleki rehberlik alanında mesleki olgunlukla ilişkisi, farklı gelişim dönemlerinde gösterilen özellikler ve kültürlerarası çalışmalarda da gruplar arası farklılaşıp farklılaşmadığı dikkat çeken araştırma konuları olmuştur. Ülkemizde ise karar verme ile ilgili yapılan araştırmaların, Kuzgun tarafından Karar Verme Stilleri Ölçeği'ni geliştirmesi ile yoğunluk kazandığını söylenebilir.

Kuzgun'da karar verme stratejilerini mantıklı, içtepisel, bağımsız ve kararsız olmak üzere dört başlık altında toplamıştır (Kuzgun, 2005). İçtepisel karar verme stratejisi; seçenekler üzerinde yeterince düşünmeden, içten geldiği gibi karar verme biçimidir. Çoğu kendilerine sunulan ek seçenekte hemen karar verirler. Mantıklı karar verme stratejisi; karar verirken seçenekleri dikkatle inceleme ve her birinin olumlu ve olumsuz yanlarını değerlendirme ve bunun sonucunda bir karara ulaşma sürecidir. Bağımsız karar verme stratejisi; başkasından yardım almadan kendi başına karar verebilir. Kararsızlık ise, verdiği kararı hemen değiştirmek isteme, hiçbir karardan hoşnut olmama durumu olarak tanımlanmaktadır. Çalışmasında, kızların daha bağımlı bir karar tarzı benimsemeleri ise çevrenin beklentilerine karşı duyarlı olmaları ve beklentilerini gerçekleştirme hususunda erkeklerden daha fazla sorumluluk aldıkları için, herhangi bir konuda daha dikkatli karar verme gereğini duymaları ile açıklanabilir. Kültürümüzde kızların daha kontrollü davranmaları yolundaki beklenti dolayısıyla onlara spontan karar verme hakkının daha az tanınması, içtepisel karar puanlarının erkeklerinkinden daha düşük çıkmasına yol açmış olabileceğini belirtmektedir (Kuzgun, 2005).

Deniz (2004)'e göre bireyler karar verme sürecinde; dikkatli, kaçınan, erteleyici ve panik karar verme stillerini kullanır. Dikkatli karar verme stilini uygulayan bireyler, karar vermeden önce özenle ilgili bilgiyi arar ve alternatifleri dikkatlice değerlendirdikten sonra seçim yapar. Kaçınan karar verme stilini uygulayan bireyler; karar vermekten kaçınır, kararları başkalarına bırakma eğilimindedir. Böylece sorumluluğu bir başkasına devrederek karar vermekten kurtulmaya çalışır. Erteleyici karar verme stilini uygulayan bireyler; kararı sürekli erteleme, geciktirme ve sürüncemede bırakmaya çalışır. Kararı geçerli bir neden olmaksızın sürekli

ertelemeye çalışır. Panik karar verme stilini uygulayan bireyler, bir karar durumuyla karşı karşıya kaldıklarında kendilerini zaman baskısı altında hissederler. Bunun sonucu olarak, düşüncesiz davranışlar sergileyip acele çözümlere ulaşma eğilimindedirler.

2.1.4. Doğum Şekline Karar Verme

Gebe birey son trimestirda artık doğumu düşünmeye ve “doğum nerede, nasıl olacak?” sorularına yanıt aramaya başlamaktadır. Bir yandan gebeliğin bir an önce sonlanmasını isterken diğer yandan da doğum eylemi bireyleri ürkütmekte ve doğumun ertelenmesini düşünerek ikilem yaşamaktadırlar (Okumuş, Mete ve ark. 2009). Bu süreçlerde kadınlar “karar verme” durumunda kaldığında ise anksiyetesi daha da artmaktadır (Gamble, Creedy, 2001; Moffat ve ark. 2006; McCourt ve ark. 2000). Doğru şekilde desteklenmeyen gebe birey çoğunlukla doğum şekli kararına katılımdan kaçmakta ve kararı başkalarına veya hekime bırakmaktadır.

Weaver (2007)’in çalışmasında, ulusal sezaryen oranının artışında etkili olan önemli bir faktör olan annenin isteminden bahsetmektedir. Görünürde kendi isteği ile sezaryen tercih etmenin altında yatan birçok neden vardır. Bu etmenler; hekim yönlendirmesi, bireyin sosyo-demografik özellikleri, sosyal statüsü, çalışma durumu, kişisel özellikleridir. Bu nedenle sezaryen artışını inceleyen çalışmalarda da genelde doğum şekli tercihi ve etkileyen etmenler üzerinde durulmuştur.

Vusse (1999)’nin çalışmasında, gebelerin genelde tek taraflı katılımlı karar verme durumları yaşadıkları belirlemiş olup, sonucunda olumsuz duygular yaşadıklarını saptanmıştır. Gebe kadınlara tercihleri sorulduğunda, hekim ve hemşire tarafından karara katılmalarına fırsat verildiğinde olumlu duygular yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda aynı çalışmada, perinatal bakım veren kişilerin emir verici olmamaları, bilgilendirici ve gebe kadınlara karar verme sürecinde destekleyici olmaları, eşlerin birlikte katıldığı, karar vermelerini kolaylaştırıcı ortamların sağlanması önerilmektedir.

BÖLÜM-III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, *kesitsel ve tanımlayıcı* tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, İzmir ilinde bulunan iki Sağlık Bakanlığı ve bir Üniversite Hastanesinin NST biriminde yürütülmüştür.

Araştırmaya bu hastanelerin seçilme nedeni, nüfusun büyük bir bölümüne hizmet sunmaları ve hasta profili açısından benzerlik göstermeleridir. NST birimi ise, 32. hafta ve üzeri gebelere testin uygulanması ve test sırasında gebe ile görüşme için yeterli zaman ve rahat bir ortamın olması nedeni ile seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma örneklemini her hastaneden 200 olmak üzere toplam 600 primipar gebe oluşturmuştur.

Örneklem Kriterleri;

- 1 Primipar gebe olma,
- 2 18-40 yaş aralığında bulunma,
- 3 36-40. gebelik haftasında olma,
- 4 Sezaryen endikasyonu taşımama,
- 5 Araştırmaya katılmayı kabul etmedir.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanma Zamanı

Veriler, Haziran 2008-Mart 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyodemografik Özellikler, Gebelik Öyküleri ve Doğum Şekline Karar Verme Durumları Soru Formu (**Ek I**) ve Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği-II (MKVÖ II) (**Ek II**)'dir.

3.4.1. Demografik Özellikler, Gebelik Öyküleri ve Doğum Şekline Karar Verme Durumları Soru Formu (Ek I)

Soru formu sosyo- demografik özellikler, gebelik öyküsü ve doğum şekli tercihi olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Sosyo-demografik özellikler bölümünde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve ekonomik durumu yer almaktadır. Gebelik öyküsü bölümünde; gebelik haftası, gebelik süresince kontrollerin yaptırıldığı sağlık kurumu ve personeli mevcuttur. Doğum şekline karar verme bölümünde; gebelerin doğum şekline kimlerin karar vermesini istedikleri, gebelikleri süresince kendilerine doğum şekli tercihlerinin sorulma durumu, doğum şekli tercihleri ve doğum şekli kararlarını inceleyen toplam altı sorudan oluşmaktadır.

Soru Formu Hazırlanışı ve Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan soru formu için, 27.Şubat 2008-10.Mart.2008 tarihleri arasında DEÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi NST birimine başvuran 40 gebede ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Ön uygulama sonrasında soru formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilerek, eksik ve anlaşılmayan bölümleri yeniden düzenlenmiştir.

3.4.2.Melbourne Karar Verme Stilleri Ölçeği II (MKVÖ II) (Ek II)

Melbourne Karar Verme Ölçeği-II (karar verme stilleri) 22 maddeden oluşmaktadır ve dört alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; dikkatli (6 madde), kaçınan (6 madde), erteleyici (5 madde) ve panik (5 madde) karar verme stilleridir. Ölçekte “doğru” en yüksek puan (2 puan), “bazen doğru” orta puan (1 puan) ve “doğru değil” en düşük puan (0 puan) verilerek değerlendirilmektedir. Ters puanlama yoktur. *Puanların yüksekliği, ilgili karar verme stiline kullanıldığına işaret etmektedir.* Ölçek, Deniz (2004) tarafından Türkçe’ ye uyarlaması

yapılmıştır.

Bunlardan *Dikkatli Karar Verme Stili*, bireyin karar vermeden önce özenle ilgili bilgiyi aradığını ve alternatifleri dikkatlice değerlendirdikten sonra seçtiğini ifade etmektedir. *Kaçıngan Karar Verme Stili*; bireyin karar vermekten kaçındığını, kararları başkalarına bırakma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Böylece sorumluluğu bir başkasına devrederek karar vermekten kurtulmaya çalıştığını belirtmektedir. *Erteleyici Karar Verme Stiline* ise; bireyin kararı sürekli erteleme, geciktirme ve sürüncemede bırakması söz konusudur. Bu stil, bireyin kararını geçerli bir neden olmaksızın erteleme, bireyin karar almasını sürekli ertelediğini ifade eder. En son olarak *Panik Karar Verme Stili*; bireylerin bir karar durumuyla karşı karşıya kaldıklarında kendilerini zaman baskısı altında hissettiğini ve bunun sonucu olarak düşüncelessiz davranışlar sergileyip acele çözümlere ulaşma eğiliminde olduğunu ifade etmektedir.

Deniz (2004) ve bu çalışma için MKVÖ-II'nün geçerlilik ve güvenilirlik değerleri aşağıda verilmiştir;

Tablo 1. MKVÖ-II'nin Alt Boyutları, Maddeleri, Cronbach Alpha, Güvenirlik Katsayıları ve Min/Max Değerleri

MKVÖ-II'nin Alt boyutları	Deniz (2004)				Vatansever (2009)	
	Maddeler	Cronbach Alpha	r	Min /Max	Cronbach Alpha	Min / Max
Dikkatli	2,4,6,8,12,16	.80	.83	0-12 puan	.67	0-12 puan
Kaçıngan	3,9,11,14,17,19	.78	.87	0-12 puan	.71	0-12 puan
Erteleyici	5,7,10,18,21	.65	.68	0-10 puan	.71	0-10 puan
Panik	1,13,15,20,22	.71	.84	0-10 puan	.67	0-10 puan

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Soru formu ve MKVÖ II'yi araştırmaya katılan gebeler kendileri doldürmüşlardır. Soru formunun gebelerin doğum şekline karar verme durumlarıyla ilgili iki tane açık uçlu sorusu araştırmacı tarafından görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan primipar gebelerin MKVÖ-II'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar, sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküleri ve doğum şekline karar verme durumlarına ilişkin veriler araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişken: Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan primipar gebelerin, doğum şekli kararları araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulandığı üniversite hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Başhekimliği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan uygulama ve etik izinler alınmıştır.

Ayrıca araştırma kapsamına alınan gebelerden, araştırmanın amacı açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirmesinde istatistiksel bir paket programı olan SPSS for Windows 15.0 kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde;

1. Primipar gebelerin sosyo-demografik özellikleri, gebelik öyküleri ve doğum şekline karar verme durumlarına ilişkin verilerin dağılımını değerlendirmede **sayı ve yüzde analizi**,
2. Primipar gebelerin Sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküleri ve doğum şekline karar verme durumlarına ilişkin verilerinin doğum şekli kararına etkisini belirlemede **Çok Gözlü Ki-Kare Analizi** ve anlamlı bulgular için **İleri Analiz**,
3. Primipar gebelerin karar verme stillerine göre doğum şekli kararlarını belirlemede **Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)** ve anlamlı bulgular için **Tukey Testi** uygulanmıştır (Akgül 1997; Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. 2002; Aksayan S. ve ark. 2002).

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular dört başlık altında incelenmiştir:

I. Primipar Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

II. Primipar Gebelerin Gebelik Öyküleri ve İzlenme Özellikleri

III. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumlarına İlişkin Bulgular

IV. Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Gebelik Öyküleri, Doğum Şekline Karar Verme Durumları ve Karar Verme Stillere Göre Doğum Şekli Kararları Arasındaki İlişki

4.1. Primipar Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Bu bölümde araştırma örneklemine alınan primipar gebelere ilişkin tanıtıcı bilgiler verilmiştir.

Tablo 2. Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=600)

Yaş Ortalaması: 25.33±4.32		
	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-24 yaş	274	45.7
25-31 yaş	276	46.0
32-38 yaş	50	8.3
Eğitim Durumu		
İlköğretim	307	51.1
Lise	168	28.0
Üniversite	125	20.8
Çalışma Durumu		
Çalışan	429	71.5
Çalışmayan	171	28.4
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	222	37.0
Gelir Gidere Eşit	333	55.5
Gelir Giderden Fazla	45	7.5
Sağlık Güvencesi		
Var	544	90.7
Yok	56	9.3

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin tanıtıcı verileri **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 25.33 ± 4.32 'dir. Gebelerin %51.1'inin eğitim durumları ilköğretim ve %71.5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Gebeler, ekonomik durumlarını %55.5 oranında gelir gidere eşit olarak ifade etmişlerdir. Gebelerin %90.7'sinin sağlık güvencelerinin olduğu belirlenmiştir.

4.2. Primipar Gebelerin Gebelik Öyküleri ve İzlenme Özellikleri

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Primipar Gebelerin Gebelik Haftaları (n=600)

Gebelik Haftaları	Sayı	Yüzde
36-37. gebelik haftası	287	47.8
38-40. gebelik haftası	313	52.2

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin gebelik haftaları **Tablo 3**'te gösterilmiştir. Gebelerin, % 52.2'sinin 38-40. gebelik haftasında ve %47.8'inin 36-37. gebelik haftasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Primipar Gebelerin Gebelikleri Süresince İzlendikleri Sağlık Kuruluşları (n=600)

Sağlık Kuruluşları	Sayı	Yüzde
Devlet Hastanesi	233	38.8
Özel Hastanesi/Muayene	157	26.2
Tıp Fakültesi Hastanesi	125	20.8
Sağlık Ocakları	85	14.2

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin gebelikleri süresince izlendikleri sağlık kuruluşları **Tablo 4**'de verilmiştir. Gebeler en çok %38.8 oranında devlet hastanelerinde ve en az %14.2 oranında sağlık ocaklarında izlemlerini yaptıkları saptanmıştır.

Gebelerin izlemlerini yaptırdıkları sağlık kuruluşlarında takip edildikleri sağlık personeli %92.7(n=556) oranında hekim ve %7.3(n=44) oranında ise ebe ve hemşirelerdir.

4.3. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde örnekleme oluşturan primipar gebelerin doğum şekli tercihleri, doğum şekli tercihlerinin sorulma durumu, doğum şekli kararları, doğum şekli konusunda söz sahibi olma istekleri ve nedenleri, doğum şekline karar verecek kişinin kim ya da kimler olduğuna ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 5. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumları (n=600)

<i>Doğum Şekli Tercihleri</i>	Sayı	Yüzde
Normal Doğum	464	77.3
Sezaryen Doğum	83	13.8
Tercih Yok	53	8.8
<i>Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumu</i>		
Sorulan	414	69
Sorulmayan	186	31
<i>Gebelerin Doğum Şeklinde Söz Sahibi Olma İsteği</i>		
İsteyen	488	81.3
İstemeyen	112	18.7
<i>Doğum Şekli Kararları</i>		
Normal Doğum	403	67.2
Sezaryen Doğum	82	13.7
Kararsız	115	19.0
<i>Karar Vermesi Gereken Kişi</i>		
*Hekim karar vermeli	232	38.7
*Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben vermeliyim	97	16.2
*Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben ve eşim vermeliyiz	150	25.0
*Hekim, hemşire-ebe ve ben kararı birlikte vermeliyiz	121	20.2

Gebelerin %77.3'ü normal doğum ve %13.8'i sezaryen doğum tercih ettikleri belirlenmiş olup, %8.8'inin ise doğum şekli konusunda tercihlerinin olmadığı saptanmıştır.

Gebelerin, %69'una doğum şekli tercihlerinin sorulmadığı belirlenmiştir.

Gebelerin %81.3'ünün doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Gebelerin söz sahibi olmak istemelerindeki gerekçeleri arasında; normal doğum isteği, hekime güvensizlik, bilgi alma isteği, bebekleri ve kendi sağlıkları için en doğru kararı kendilerinin verebileceği inancı, söz sahibi olma hakkı olduklarına inanmaları ve özgüven yüksekliğinin yer aldığı belirlenmiştir.

Gebelerin %18.7'sinin doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmak istemedikleri saptanmış olup, gebelerin gerekçeleri arasında doğum şekline hekimin karar vermesi gerektiği düşüncesinin yer aldığı saptanmıştır.

Doğum şekli konusunda, herhangi bir sağlık problemi gerçekleşmez ise gebelerin %81'inin kesin kararlarını verdikleri saptanmıştır.

Gebelerin %67.2'sinin normal doğum, %19'unun doğum şekli konusunda kararsız olduğu ve %13.7'sinin sezaryen doğum kararı verdikleri belirlenmiştir.

Normal doğum kararı verenlerin nedenleri arasında; doğal bir yöntem oluşu, doğum sonu çabuk iyileşme, bebek ve anne için daha sağlıklı olarak algılanması, doğum sonu kilolardan daha çabuk ve rahat kurtulma, doğum anını yaşama, bebeğinin bakımını daha kısa sürede üstlenebilme, anne-bebek temasının daha çabuk ve rahat kurulması, çoğunlukla önerilen(internet, medya, hekim, arkadaş ve aile çevresi, deneyimleyen bireyler tarafından) bir yöntem oluşu, ameliyat(sezaryen) korkusu, daha çok çocuk sahibi olmanın yer aldığı saptanmıştır.

Sezaryen kararı verenlerin nedenleri arasında ise; planlı bir zamanda gerçekleşmesi, doğum sancısından korkma, doğumu yönetemeyeceğini ve bebeğine zarar verebileceğini düşünme, bebek açısından sezaryeni daha güvenli ve kontrol edilebilir olarak algılama, normal doğumun mahremiyetini çok fazla zedeleyeceğini düşünmenin yer aldığı saptanmıştır.

Gebelerin %38.7'si hekimin, %25'sinin hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kendi ve eşinin, %20.2'sinin hekim, hemşire ve kendisinin birlikte karar vermesi gerektiğini düşündükleri saptanmıştır.

4.4. Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Gebelik Öyküleri, Doğum Şekline Karar Verme Durumları ve Karar Verme Stillerine Göre Doğum Şekli Kararları Arasındaki İlişki

Bu bölümde araştırma örneklemini oluşturan primipar gebelerin yaş, ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvenceleri, izlendikleri sağlık kuruluşu ve personeli, doğum şekli tercihleri, doğum şekli kararında söz sahibi olma isteği ve doğum şekline kimin karar vermesi gerektiği konusundaki düşünceleri ile doğum şekli kararları incelenmiştir.

Tablo 6. Primipar Gebelerin Yaşlarına Göre Doğum Şekli Kararları (n=600)

Yaş Grupları	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
18-24 yaş	203	74.1	72	8.0	49	20.0	274	46.0	18.72	0.001
25-31 yaş	173	62.7	47	17.0	56	20.3	276	45.7		
32-38 yaş	27	54.0	13	26.0	10	17.9	50	8.3		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin yaşlarına göre doğum şekli kararları **Tablo 6**'da verilmiştir. Doğum şekli kararının yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde 18-24 yaş grubundaki gebelerde sezaryen ile doğum kararının anlamlı olarak düşük bulunduğu saptanmıştır (**p<0.01**).

Tablo 7. Primipar Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları (n=600)

Eğitim Durumları	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
İlköğretim	222	72.3	25	8.1	60	20	307	20.8	45.43	0.000
Lise	120	71.4	18	10.7	30	17.9	168	28.0		
Üniversite	61	48.8	39	31.2	25	19.5	125	51.2		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin eğitim durumlarına göre doğum şekli kararları **Tablo 7**'de verilmiştir. Gebelerin doğum şekli kararının eğitim durumlarına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde üniversite grubunda sezaryen doğum kararının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 8. Primipar Gebelerin Ekonomik Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları (n=600)

Ekonomik Durumları	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gelir Giderden az	154	69.4	23	10.4	45	20.3	222	37.0	8.60	0.07
Gelir Gidere eşit	223	67.0	47	14.1	63	18.9	333	55.5		
Gelir Giderden fazla	26	57.8	12	26.7	7	15.6	45	7.5		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin ekonomik durumlarına göre doğum şekli kararları **Tablo 8**'de verilmiştir. Yapılan **istatistiksel** analizine göre gebelerin ekonomik durumlarına göre doğum şekli kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Primipar Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları(n=600)

Gebelerin Çalışma Durumları	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
Çalışan	94	55.0	44	25.7	33	19.3	171	28.5	30.76	0.000
Çalışmayan	309	72.0	38	8.9	82	19.1	429	71.5		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin çalışma durumlarına göre doğum şekli kararları **Tablo 9**'da verilmiştir. Gebelerin doğum şekli kararının çalışma durumlarına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde çalışan grubunda sezaryen ile doğum kararı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 10. Primipar Gebelerin Sağlık Güvencelerine Göre Doğum Şekli Kararları

Sağlık Güvenceleri	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	P*
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
Var	359	66.0	76	14.0	109	20.0	544	90.7	3.892	0.143
Yok	44	78.6	6	10.7	6	10.7	56	9.3		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin sağlık güvencelerine göre doğum şekli kararları **Tablo 10**'da verilmiştir. Sağlık güvencesi olmayan %78.6 ve sağlık güvencesi olan %66 gebenin doğum şekli kararlarının normal doğum olduğu saptanmıştır. Gebelerin sağlık güvencelerine göre doğum şekli kararları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 11. Primipar Gebelerin İzledikleri Sağlık Kuruluşlarına Göre Doğum Şekli Kararları

İzlenen Sağlık Kuruluşları	Doğum Şekli Kararları						Toplam	X ²	p	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız					
	n	%	n	%	n	%	n	%	48.812	0.000
Devlet Hastanesi	171	73.4	20	8.6	42	18.0	233	38.8		
Özel Hastane/ Muayene	112	70.9	20	12.7	26	16.5	158	26.3		
Üniversite Hastanesi	55	44.0	37	29.4	33	26.4	125	20.8		
Sağlık Ocağı	65	77.4	5	6.0	14	16.7	84	14.0		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin izledikleri sağlık kuruluşlarına göre doğum şekli kararları **Tablo 11**'de verilmiştir. Doğum şekli kararının gebelerin izledikleri sağlık kuruluşlarına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde izlemelerini üniversite hastanesinde yaptıran gebelerin normal doğum kararının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 12. Primipar Gebelerin İzlendikleri Sağlık Personeline Göre Doğum Şekli Kararları

Sağlık Personeli	Doğum Şekli Kararları						Toplam	X ²	p	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hekim	375	67.4	78	14.0	103	18.5	556	92.7	2.443	0.295
Ebe-Hemşire	28	63.6	4	9.1	12	27.3	44	7.3		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin izlendikleri sağlık personeline göre doğum şekli kararları **Tablo 12**'de verilmiştir. Gebelik süresince hekim tarafından izlemleri yapılan gebelerin %67.4'ünün, benzer şekilde hemşire ve ebe tarafından izlemleri yapılan gebelerin %63.6'sının normal doğum kararı verdikleri saptanmıştır. Gebelerin takip edildikleri sağlık personeli ile doğum şekli kararları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Primipar Gebelerin Gebelik Haftalarına Göre Doğum Şekli Kararları

Gebelik Haftası	Doğum Şekli Kararları						Toplam	X ²	p	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
36-37. gebelik haftası	164	57.1	51	17.8	72	25.1	287	47.8	43.85	0.000
38-40. gebelik haftası	239	76.4	31	9.9	43	13.7	313	52.2		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin gebelik haftasına göre doğum şekli kararları **Tablo 13**'de verilmiştir. Yapılan ki-kare analizinde, doğum şekli kararının gebelik haftalarına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde 38-40. gebelik haftasında olan gebelerin normal doğum kararı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 14. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Göre Doğum Şekli Kararları

Doğum Şekli Tercihleri	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız		n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Normal Doğum	391	84.3	10	2.2	63	13.6	464	77.3	452.79	0.000
Sezaryen Doğum	3	3.6	64	77.1	16	19.3	83	13.8		
Tercih yok	9	17	8	15.1	36	67.9	53	8.8		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin doğum şekli tercihlerine göre doğum şekli kararları **Tablo 14'**de verilmiştir. Doğum şekli kararının doğum şekli tercihlerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde normal doğum tercih eden gebelerde normal doğum kararının, sezaryen doğum tercih eden gebelerde sezaryen doğum kararının ve doğum şekli konusunda tercihi olmayan gebelerin kararsızlık yaşama oranının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Tablo 15. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları

Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumları	Doğum Şekli Kararları						Toplam		X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız		n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sorulan	116	62.4	40	21.5	30	16.1	186	31.0	14.342	0.001
Sorulmayan	287	69.3	42	10.1	85	20.5	414	69.0		

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin doğum şekli tercihlerinin sorulma durumuna göre doğum şekli kararları **Tablo 15**'te verilmiştir. Doğum şekli kararının doğum şekli tercihlerinin sorulma durumuna göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan ileri analizde doğum şekli tercihleri sorulmayan gebelerde sezaryen doğum kararı anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 16. Doğum Şekline Karar Verme Aşamasında Söz Sahibi Olmayı İsteme Durumlarına Göre Doğum Şekli Kararları

Doğum Şekli Kararında Söz Sahibi Olmayı İsteme Durumları	Doğum Şekli Kararları						Toplam	X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İsteyen	334	68.4	67	13.7	87	17.8	488	81.3	3.086 0.214
İstemeyen	69	61.6	15	13.4	28	25.0	112	18.7	

Örnekleme oluşturan primipar gebelerin doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı isteme durumları ile doğum şekli kararları **Tablo 16**'da verilmiştir. Doğum şekli konusunda söz sahibi olmak isteyen gebelerin %68.4'ünün ve istemeyen gebelerin de %61.6'sının doğum şekli kararların normal doğum olduğu saptanmıştır. Gebelerin doğum şeklinde söz sahibi olmayı isteme durumları ile doğum şekilleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Primipar Gebelerin Doğum Şekline Kimin Karar Vermesi Gerektiğine Yönelik Düşüncelerine Göre Doğum Şekli Kararları

Karar Vermesi Gereken Kişi	Doğum Şekli Kararları						Toplam	X ²	p	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Kararsız					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hekim karar vermeli	158	68.1	23	9.9	51	22.0	232	38.7	12.58	0.050
Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben vermeliyim	71	73.2	17	17.5	9	9.3	97	16.2		
Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben ve eşim vermeliyiz	100	66.7	20	13.3	30	20.0	150	25.0		
Hekim, hemşire-ebe ve ben kararı birlikte vermeliyiz	74	61.2	22	18.2	25	20.7	121	20.2		

Örneklemi oluşturan primipar gebelerin doğum şekline kimin karar vermesi gerektiğine ilişkin düşüncelerine göre doğum şekli kararları **Tablo 17**'de verilmiştir. Yapılan ki-kara analizine göre gebelerin doğum şekline karar verecek olan kişi konusundaki düşünceleri ile doğum şekli kararları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 18. Primipar Gebelerin Karar Verme Stilleri Ölçeği Puanlarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Alt boyutlar	X±SS
Dikkatli Karar Verme Stili	10.06±2.16
Kaçıngan Karar Verme Stili	5.30±3.07
Erteleyici Karar Verme Stili	4.49±2.75
Panik Karar Verme Stili	5.23±2.58

Gebelerin Karar Verme Stilleri Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar **Tablo 18**'de verilmiştir. Gebelerin Dikkatli Karar Verme Stili puan ortalaması 10.06±2.16, Kaçıngan Karar

Verme Stili puan ortalamaları 5.30 ± 3.07 ve Erteleyici Karar Verme Stili puan ortalamaları 4.49 ± 2.75 ve Panik Karar Verme Stili puan ortalamaları 5.23 ± 2.58 'dir.

Gebelerin ölçekte belirttikleri dikkatli ve kaçınan karar verme için min/max değerleri 0-12 puan, erteleyici ve panik karar verme için min/max değerleri 0-10 puandır.

Tablo 19. Primipar Gebelerin Karar Verme Stilleri Ölçek Puanlarına Göre Doğum Şekli Kararları

Karar Verme Stilleri	Doğum Şekli Kararları			F değeri	p değeri
	Normal Doğum (n=406)	Sezaryen Doğum (n=84)	Kararsız (n=110)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Dikkatli Karar Verme	10.17±2.07	9.95±2.38	9.93 ±2.31	0.68	0.50
Kaçınan Karar Verme	5.40±2.99	4.16±2.96	5.63±3.14**	6.81	0.001*
Erteleyici Karar Verme	4.62±2.79**	3.70±2.35	4.58±2.85	4.04	0.018*
Panik Karar Verme	5.28±2.57	4.75±2.62	5.37±2.52	1.72	0.179

(*p<0.05) (** Anlamlılığın kaynaklandığı grup)

Tablo 19'da örneklem grubunu oluşturan primipar gebelerin karar verme stilleri ölçek puanlarına göre doğum şekli kararları varyans analizi sonuçları incelendiğinde, ölçeğin alt boyutlarından olan kaçınan ve erteleyici karar verme stili puanları ile doğum şekli kararları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analize göre, farkın kaçınan karar verme stili için doğum şekli konusunda kararsız, erteleyici karar verme stili için normal doğum kararı veren gebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Doğum şekilleri konusunda kararsız

olan gebelerin kaçınan karar verme puanları diğer alt boyutlardan alınan puanlara göre yüksektir. Normal doğum kararı veren gebelerin erteleyici karar verme puanları diğer alt boyutlardan alınan puanlara göre yüksektir. Bu veri, yapılan ileri analize göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Dikkatli ve panik karar verme stili puan ortalamaları ile doğum şekli kararları arasında ise, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Primipar Gebelerin Doğum Şekli Tercihleri ve Karar Verme Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmadaki primipar gebeler *doğum şekli tercihleri* açısından incelendiğinde, %77.3'ünün normal doğumu, %13.8'inin sezaryen doğumu tercih ettikleri ve %8.8'nin tercihlerinin olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 5**). Kadınların doğum şekli tercihlerini ve nedenlerini değerlendiren Şili'de yapılan bir çalışmada, %77.8'i normal vajinal doğum ve %9.4'ü sezaryen doğum tercih etmekte iken, %12.8'i ise tercihlerinin olmadığını ifade etmişlerdir (Angeja et al. 2006). Gamble, Creedy (2001)'nin Avustralya'da 310 kadın ile yapılan çalışmasında ise, gebelerin %93.5'i normal doğumu ve %6.4'ü sezaryen doğumu tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Ülkemizde kadınların doğum şekli tercihlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında; Gözükara (2006)'nın çalışmasında, kadınların %86.2'si normal doğum, %12.9'unun sezaryen doğum tercihleri olduğu ve %0.9'unun doğum şekli konusunda herhangi bir tercihlerinin olmadığı saptanmıştır. Ceylantekin (2006)'in çalışmasında ise, kadınların %68.4'ü normal doğumu ve %31.6'sının sezaryen doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Ülkemizde İzmir ilinde yapılan başka bir çalışmada da, kadınların doğum öncesi hangi doğum şeklini tercih edecekleri sorulsa idi %78.1'i normal doğumu , %21.9'u sezaryeni tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Çivili 2005).

Bu çalışma, doğum şekli tercihleri bakımından Angeja ve arkadaşlarının, Gamble ve Creedy'nin, Gözükara ve Ceylantekin'in çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Gebelerin tercihlerinin yüksek oranda normal doğum yönünde olmasının, öncelikle normal doğumu daha doğal olarak algılamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Oransal farklılıklar ise, ülkelerin kültürel yapı ve sağlık hizmetlerinin yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan primipar gebelerin, izlenen personel tarafından *doğum şekli tercihlerinin sorulma durumu* incelendiğinde, %69'una doğum şekli tercihlerinin gebeliğini izleyen hekim, ebe ve hemşire tarafından sorulmadığı, %31'ine ise sorulduğu saptanmıştır (**Tablo 5**). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da, kadınların %90.9'una izlemleri süresince doğum

şekli tercihlerinin sorulmadığı belirtilmiştir (Çivili2005). Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile Çivili'nin çalışmasından elde edilen bulgular arasında oransal farklılıklar vardır. Bu farkın, Doğum şekli, gebeliğin ilerleyişine göre hekim tarafından belirlenen bir karar olduğu için, gebe kadını doğum şekli konusunda karar verme ve tercih düşünce sürecine yönlendirmemek için çoğunlukla sorulmadığı düşünülmektedir. Çivili (2005) çalışmasında postpartum kadınlarla, bu çalışmada ise primipar gebeler ile çalışılmış olmasından ve her iki çalışmadaki örneklem farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin *doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı isteme durumları* incelendiğin de, gebelerin %81.3'ünün söz sahibi olmayı istedikleri ve %18.7 gibi düşük bir oranda doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı istemedikleri belirlenmiştir **(Tablo 5)**. Gebelerin doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı isteme nedenleri sorulduğunda, ifadelerinden sağlık personeline duyulan güvensizlik, kendi özgüven yükseklikleri ve bilgi eksikliklerinden kaynaklanmış olduğu anlaşılmıştır. Buna ek olarak, gebelerin sosyal ortamlarından aldıkları duyuların doğum şekli kararına katılım düşüncelerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Gebelerin doğum şekli kararında yüksek oranda söz sahibi olmak istemesinin altında yatan neden olarak, doğum eyleminin gerçekleşmesinde kendi varlığının kabul edilmesinin yer aldığı düşünülmektedir. Doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmak istemeyen gebeler, gerekçe olarak doğum şekli kararının hekimin sorumluluğu olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Gebelerin doğum şekli kararı konusunda sorumluluk almaktan kaçtıkları veya gerçekten hekimlerine olan güvenlerinden kaynaklı olarak, doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmak istemedikleri düşünülmektedir. Ayrıca, gebe bireyler kaçınan bir yapıya sahip olmalarından kaynaklı olarak söz sahibi olmak istememiş olabilirler.

Bu çalışmada, örneklem grubunu oluşturan primipar gebelerin *doğum şekli kararları* ile tercihleri benzer doğrultuda olup, gebelerin %67.2 gibi yüksek bir oranda normal doğuma karar verdikleri belirlenmiştir. Sezaryen doğum kararı veren gebeler %13.7'si ise, herhangi bir sağlık problemi yokluğunda yani isteğe bağlı sezaryen kararı veren gebelerdir. Gebelerin %19'u doğum şekli konusunda kararsız olduğu saptanmıştır **(Tablo 5)**. Son yıllarda sezaryen nedenlerini inceleyen çalışmaların bazılarında, sezaryen tercih eden kadınların, önceki doğumu sezaryen ile yapmış olan kadınlara göre daha yüksek oranlara sahip oldukları belirtilmektedir. Özellikle de son İngiltere Sağlık Örgütü Raporunda kadınların sezaryen isteğinin çok önemli bir faktör olduğu vurgulanmakta ve bu tercihin nedeni ise kadının toplumdaki güzellik algısı olarak

yorumlanmaktadır (Moffat et al.2006). Ülkemizde ki çalışmalarda ise böyle bir bulgu görülmemektedir. Araştırmacıların bu faktörü göz önüne alıp, seçenekler arasında sormaması ile ilgili olabileceği gibi, kültürlere göre kadınların beden ve güzellik anlayışının farklılığı olarakta düşünülebilir.

Primipar gebelerin *doğum şekline karar verecek kişi* konusundaki düşünceleri incelendiğinde, gebelerin %38.7'si hekimin, %25'inin hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı kendisi ile eşinin birlikte ve %20.2'sinin kendisi ile birlikte sağlık personelinin birlikte karar vermesi gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir (**Tablo 5**). İzmir ilinde 486 kişi ile yapılan bir çalışmada, kadınların %53.2'si anne ile doktorun birlikte karar vermesi gerektiğini, %26.2'si doktorun karar vermesi gerektiğini ve %0.9'unun anne ile babanın birlikte karar vermesi gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir (Çivili,2005). Çivili'nin çalışması, gebelerin doğum şekline karar verici kişilerin kimler olduğu konusundaki düşünceleri bakımından bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Hekimin rolü normal dışı bir durum olduğunda önemlidir veya kadının tercihi sezaryen ise hekim koşullara göre, sezaryen tercihinin nedenini değerlendirmede karar verici olmalıdır. Ülkemizde, doğumun primer yöneticisi ve gebelik izlemlerini çoğunlukla gerçekleştiren kişinin hekim olması nedeni ile kadınların çoğunlukla karar vericinin doktor olması gerektiğini düşündükleri tahmin edilmektedir. Ayrıca bu çalışmadaki gebelerin çoğunlukla hekim tarafından izlenmeleri ve ülkemizde tüm hastalıklarda hekim kararı çok önemli olduğu için, doğum şekli kararını da gebelerin çoğunlukla hekime bıraktıkları düşünülmektedir. Kadınların doğum şekli kararında kendilerinin ve eşlerinin de yer alması gerektiğini düşünmelerinin gerekçeleri arasında, doğum olayını kendilerine ve bebeklerine verdikleri değer ile ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca ülkemizde ataerkil bir kültürde yetişen kadınlar özellikle günlük yaşantılarındaki tüm kararlarda olduğu gibi doğum şekli kararında da eşinin düşüncesi belirleyici olabilmektedir.

Normal doğum kararı veren primipar gebelerin bu kararlarının nedenleri sorulduğunda, normal doğumun doğal bir yöntem oluşu, doğum sonu çabuk iyileşme, bebek ve anne için daha sağlıklı olarak düşünülmesi, doğum sonu kilolardan daha çabuk ve rahat kurtulma, doğum anını yaşama, bebeğinin bakımını daha kısa sürede üstlenebilme, anne-bebek temasının daha çabuk ve rahat kurulması, çoğunlukla önerilen bir yöntem oluşu, sezaryen ameliyatından korkma, daha çok çocuk sahibi olmayı isteme olduğu belirlenmiştir. Çivili (2005) çalışmasında, kadınların normal doğum tercihleri arasında, doğumdan sonra daha çabuk iyileşme (%98.2), normal doğumun daha

doğal olması (%97.8), doğum sonu dönemin daha az ağrılı olması (%97.4), normal doğumun en iyi doğum şekli olduğunu düşünüyor olmak (%97) ve bir an önce kendi işini görebilmek (%97) çoğunlukla ifade edilen nedenler arasındadır. Bu çalışma kadınların normal doğumu isteme nedenleri bakımından Çivili'nin çalışması ile paralellik göstermektedir. Kadınlar tarafından normal doğum kararında doğum sonu iyileşme sürecinin kısalığı ve rahatlığı çoğunlukla bildirilen bir gerekçedir.

Sezaryen kararı veren gebeler *nedenleri* arasında ise; planlı bir zamanda gerçekleşmesi, doğum ağrısından korkma, doğumu yönetemeyeceğini ve bebeğine zarar verebileceğini düşünme, bebek açısından sezaryeni daha güvenli ve kontrol edilebilir olarak algılama, normal doğumun mahremiyetini çok fazla zedeleyebileceğini düşündükleri belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, sezaryeni tercih eden kadınların tercih sebepleri arasında, sezaryenin normal doğuma göre daha rahat ve kolay olması (%90.6), herhangi bir sorun olduğunda bebeğin kurtarılması (90.6), sezaryenin normal doğuma göre daha çabuk olması (%89.9), doğumda bebeğin zarar görmemesi (86.3), doğumda ağrı çekmek istememek (%84.2), doğumda başarılı olamayacağını düşünme (%79.9) ve elle muayene zorunda kalmama (%66.9) yüksek oranlarda ifade edilmiştir (Çivili 2005). Bu çalışma kadınların sezaryen doğum isteme nedenleri bakımından Çivili'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Sezaryenin planlı olabilmesi, daha güvenli bir doğum olarak görülmesi ve kullanılan anestezi ilaçları ile ağrının azaltılması nedeni ile çoğunlukla sezaryen kararı verildiği düşünülmektedir. Ayrıca sezaryenin avantajlarının nedenler arasında ifade edilir iken, dezavantajlarının ifade edilmemesi sezaryen konusunda bilgi eksikliğinin olabileceğini düşündürmektedir.

5.2. Primipar Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Gebelik Öyküleri, Doğum Şekline Karar Verme Durumları ve Karar Verme Stillerine Göre Doğum Şekli Kararları İncelenmesi

Bu bölümde gebelerin doğum şekli kararları, sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküleri, doğum şekline karar verme durumları ve karar verme stilleri açısından tartışılacaktır.

5.2.1. Sosyo-demografik Özellikler:

Yaş

Gebelerin yaş gruplarına göre normal doğum ve kararsızlık açısından doğum şekli kararlarında bir fark saptanmamıştır. Sezaryen kararı veren kadın oranı ise 18-24 yaş grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 6).

Adashek ve arkadaşlarının (1993) bir çalışmada, ileri yaş gebeliklerinde sezaryen oranının çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Beyrut'da 2001-2002 yılları arasındaki 6668 örneklemlili bir çalışmada da, ileri anne yaşının sezaryen oranı artışında pozitif yönde artırıcı etki oluşturduğu gösterilmiştir (Tamim et al. 2006). Avustralya'da 1984 ile 2003 yılları arasında doğum şekli eğilimlerini inceleyen bir kohort çalışmada, elektif sezaryen oranı ileri yaş gebelerde oldukça yüksek bulunmuştur (O'Leary et al. 2007). Konakçı, Kılıç (2004)'in ise ülkemizde İzmir ili Narlıdere bölgesinde yaptığı çalışmada, anne 35 yaş üstü gebeliklerde sezaryen ile doğum oranının (%57.1) anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışma yukarıda belirtilen çalışmalar ile yaş ve doğum şekli arasındaki ilişki bakımından paralellik göstermektedir. Gebelerin yaşları ilerledikçe doğacak olan bebeğe yüklenen anlam değiştiği yani bebek sahibi olmak için son şansı olabileceği düşüncesi ve genellikle eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde ilk gebelik ileri yaşlarda gerçekleştiği için yaş arttıkça sezaryen isteğinde arttığı düşünülmektedir. 30 yaş üzerindeki kadınlar doğum için yaşlarının geç olduğunu düşündükleri için, bebeği ve kendi sağlığı için daha güvenli olarak algıladığı sezaryen doğumu tercih ettiği düşünülmektedir.

Eğitim Durumu

Gebelerin eğitim durumlarına göre normal doğum ve kararsızlık açısından doğum şekli kararlarında bir fark saptanmamıştır. Sezaryen kararı veren kadın oranı ise üniversite grubunda

anlamli olarak yuiksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7).

Çivili (2005) çalışmasına göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilkokul mezunu kadınlar daha çok normal doğumu tercih etmektedirler ($p<0.05$). Ülkemizde düşük eğitime sahip kadınların daha geleneksel bir görüşe sahip olduğu, bu nedenle normal vajinal doğumu tercih ettikleri düşünülmektedir. Ayrıca kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe daha çok çalışmakta, dolayısı ile her şeyi planlı yapmak istemekte ve normal doğumu belirsizlik olarak algılamaları nedeni ile de sezaryen doğuma yöneldikleri düşünülmektedir.

Ekonomik Durum

Gebelerin ekonomik durumları ile doğum şekli kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

İngiltere’de 1996-2000 yılları arasındaki 1.5 milyon doğumu inceleyen bir çalışmaya göre ekonomik durumu oldukça yüksek olan kesimlerde elektif sezaryen ile doğum tercihi yüksek oranda bulunmuştur (Alves, Sheikh 2005). Tayland’da 1996 yılında bir devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada da, sezaryen ile doğum (%70) çoğunlukla özel doktora giden kadınlarda, vajinal doğum (%92) ise özel muayene olmayan kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tangcharoensathien ve ark. 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi ile doğum şekli arasında fark anlamsız bulunmuştur (Yaşar ve ark. 2007) ($p>0.05$). Ekonomik durumuna göre doğum şeklinin anlamlı olarak farklılaşmamasının, ülkelerin sağlık politikaları ve ekonomik koşullarından farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmadaki örneklem grubunun çoğunluğunun sağlık güvencelerinin olması ve son yıllarda her iki doğum için hastanelere ödenen miktarın eşitlenmesi ile açıklanabilir.

Çalışma Durumu

Gebelerin çalışma durumlarına göre normal doğum ve kararsızlık açısından doğum şekli kararlarında bir fark saptanmamıştır. Sezaryen kararı veren kadın oranı ise çalışan gebelerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Çivili (2005) çalışmasında da herhangi bir işte çalışmayan kadınların daha çok normal doğumu tercih ettikleri belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ülkemizde çalışan kadınların doğum sonrası izinlerini daha uzun tutmak istemeleri ve sezaryen sonrası raporun daha uzun tutulması kadınların daha fazla sezaryen tercih etmelerine yönelttiği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma koşulları nedeni ile

doğumu daha planlı yapmak istemekte ve bu nedenle tercihleri çoğunlukla sezaryen doğum yönünde olmaktadır.

Sağlık Güvencesi:

Gebelerin sağlık güvencelerinin olma durumu ile doğum şekli kararları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (**Tablo 10**). Çivili(2005) çalışmasında ise, sosyal güvencesi olmayan kadınların daha çok normal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu çalışma Çivili (2005)'nin çalışması ile sağlık güvencesinin doğum şekli tercihinin etkisi açısından benzerlik göstermemektedir. İki üç yıl öncesinde sezaryen doğum yapmanın gebe bireye getirdiği ekonomik yük çok daha fazla iken, günümüzde bu fark eşitlenmiş durumdadır. Sağlık güvencesi olmayan bireyler bu nedenle daha çok normal doğum yapmayı tercih etmekteydiler. Fakat günümüzde, normal doğum ve sezaryen doğum ücretlerinin eşitlenmesi nedeni ile sağlık güvencesinin doğum şekli kararını artık etkilemediğini düşündürmektedir.

İzlenen Sağlık Kuruluşu:

Gebelerin izlemelerini yaptırdıkları sağlık kuruluşlarına göre sezaryen doğum ve kararsızlık açısından doğum şekli kararlarında bir fark saptanmamıştır. Normal doğum kararı veren kadın oranı ise izlemelerini üniversite hastanesinde yaptıran gebelerde anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrollerini sağlık ocağında yaptıran gebelerde normal doğum kararının %77.4 olduğu saptanmıştır (**Tablo 11**). Çivili (2005) çalışmasında, doğum öncesi kontrollerini sağlık ocağında yaptıran kadınların daha çok normal doğumu tercih ettikleri saptanmıştır ($p<0.05$). Üniversite hastanesine başvuran gebelerin çoğunlukla eğitim seviyeleri ve ekonomik düzeyi yüksek bireylerden oluşması, bu kurumda öğretim üyesi tarafından izlenmesi ve doğumun öğretim üyesi tarafından yaptırılması tercihi nedeni ile daha az oranda normal doğumu tercih ettikleri düşünülmektedir. Örneklem grubunun %20.8'i izlemelerini üniversite hastanesinde yaptırmaktadır. Bu gebelerin daha üst düzey bir kurumda izlenme isteği, üniversite hastanesinin koşulları ve sezaryen doğum tercihi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

5.2.2. Gebelik Öyküleri:

Kadınların gebelik haftalarına göre sezaryen doğum ve kararsızlık açısından doğum şekli kararlarında bir fark saptanmamıştır. Normal doğum kararı veren kadın oranı ise 38-40. gebelik haftasında olan gebelerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13). Normal doğum uzun bir eylem sonucunda gerçekleştiği için, bu kararı vermenin gebe bireyler açısından çoğunlukla son haftalarda gerçekleştiği düşünülmektedir.

5.2.3. Doğum Şekline Karar Verme Durumları:

Gebelerin doğum şekli tercihlerinin sorulma durumuna normal doğum ve kararsızlık açısından doğum şekli kararlarında bir fark saptanmamıştır. Sezaryen doğum kararı veren kadın oranı ise doğum şekli tercihleri sorulmayan gebelerde anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15). Doğum şekli tercihleri sorulan bireylerin izlemleri yapılan sağlık personeli tarafından sezaryen doğum kararı almaları konusunda etkilenmiş olabilirler.

Gebelerin doğum şekline karar verecek kişi konusundaki düşüncelerine göre doğum şekli kararları arasında fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17). Hildingsson, (2002)'un çalışmasında ise, normal doğum tercih eden kadınlarda doğum şekli konusunda bilgi verildikten sonra doğum şekline kendilerinin karar vermesi gerektiği konusundaki düşünceleri anlamlı olarak yüksek (%90.2) bulunmuştur. Bu çalışma Hildingsson (2002)'un çalışması ile benzerlik göstermemektedir. Bu farklılığın örneklem grubunun karar verme yapılarından ve kültürel yapılarından kaynaklanmış olabilir. Normal doğum eyleminin, bireyinde katılımını gerektiren, uzun ve yorucu bir süreç olmasından dolayı, karar yeteneği güçlü olan bireylerin tercih ettiği bir doğum şekli olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.2.4. Karar Verme Stilleri:

Primipar gebelerin karar verme stilleri ölçeğinin alt boyutları ile doğum şekli kararları incelendiğinde, kaçınan karar verme stili ve erteleyici karar verme stili puan ortalamaları ile doğum şekli kararları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analize göre farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde, kaçınan karar verme stili için doğum şekli konusunda kararsız olan gruptan, erteleyici karar verme stili için normal doğum

kararı veren gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. **Tablo 19'**da doğum şekli konusunda kararsız olan gebelerin kaçınan karar verme puanlarının ve normal doğum kararı veren gebelerin ise erteleyici karar verme puanlarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, karar vermede kaçınan olan gebelerin doğum şekli konusunda çoğunlukla kararsızlık yaşadıkları ve karar vermede erteleyici olan gebelerin çoğunlukla normal doğuma karar verdikleri saptanmıştır ($p<0.05$). *Kaçınan Karar Verme Stili*; bireyin karar vermekten kaçındığını, kararları başkalarına bırakma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Kaçınan karar verme stiline sahip bireyler böylece sorumluluğu bir başkasına devrederek karar vermekten kurtulmaya çalışmaktadırlar (Deniz, 2004). Kaçınan karar verme stili puanları yüksek olan gebelerin günlük yaşamlarında da karar vermede güçlük yaşamalarından kaynaklı olarak doğum şekli konusunda kararsız oldukları düşünülmektedir. Yani doğum şekli kararını sağlık ekibine ya da başkalarına bırakma eğiliminde olabilirler. *Erteleyici Karar Verme Stili* ise; bireyin kararı sürekli erteleme, geciktirme ve sürüncemede bırakması söz konusudur. Bu stil, bireyin kararını geçerli bir neden olmaksızın erteleme, bireyin karar almasını sürekli ertelediğini ifade etmektedir (Deniz, 2004). Erteleyici karar verme stili puanının normal vajinal doğum kararı veren gebelerde daha yüksek olması, bu kararı destekleyecek olumlu ortam ya da kişilerin olmayışı, doğum eyleminin uzunluğu ve zorluğu ile açıklanabilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

İzmir ilinde yaşayan primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumlarını ve etkileyen etmenleri, ayrıca karar verme stillerinin doğum şekli kararına etkisini belirlemek amacıyla amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Gebelerin %67.2'sinin normal vajinal doğum ve %13.7'sinin sezaryen doğuma karar verdikleri saptanırken, %19.2'sinin doğum şekli konusunda halen kararsız olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %81.3'ünün doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmak istedikleri belirlenmiştir.

Gebelerin yaşları, eğitim durumları, çalışma durumu, izlenilen sağlık kuruluşu, gebelik haftaları, doğum şekli tercihleri, doğum şekli tercihlerinin sorulma durumları ile doğum şekli kararları arasında anlamlı bir fark vardır.

Çalışan, üniversite mezunu ve gebelik süresince izlemlerini üniversite hastanesinde yaptıran primipar gebelerde sezaryen oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Doğum şekli tercihleri sorulmayan, 18-24 yaş aralığında ve 38-40. gebelik haftasında olan gebelerde normal doğum kararı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gebelerin ekonomik durumları, sağlık güvenceleri, takip edildikleri sağlık personeli ve doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı isteme durumları ile doğum şekli kararları arasında fark yoktur.

Kaçıngan karar verme puanı yüksek olan gebelerin doğum şekli konusunda kararsız olduğu, *erteleyici karar verme* puanı yüksek olan gebelerin ise normal doğuma karar verdikleri saptanmıştır .

6.2.Öneriler

*Doğurganlık çağındaki kadınların doğum şekli konusundaki bilgi eksiklikleri tanımlanmalı ve bu doğrultuda “doğuma hazırlık sınıflarına” yönlendirilmelidirler.

* Sağlık personeli tarafından gebelerin doğum şekline karar verme aşamasına kararına aktif katılımları sağlanmalıdır.

*Sezaryen oranını azaltmada hekimlerin performans değerlendirilmesi adı altında sadece sınırlandırılmalarından kaçınılmalı, daha çok kadınların normal doğum kararı almaları konusunda destekleyici sağlık hizmetleri verilmelidir.

*Kadınların karar vermelerini ve mantıklı karar vermelerini güçlendirmek için projeler yapılmalıdır.

Araştırmacılara Öneri;

*Kadınların kişisel karar verme yapıları ile doğum şekli kararlarını değerlendiren daha kapsamlı çalışmaların planlanmasına gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

1. Aali B.S., Motemadi B. (2005) Women knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran. EMHJ, 11(4) <http://www.emro.who.int/whd2005/worldhealthreport.htm>
2. Adeshk J.A., Peaceman A.M., Lopez-Zeno J.A., Minogue J.P., Socol M.L. (1993) Factors Contributing to the Increased Cesarean Birth Rate in Older Parturent Women, AJOG, 169, 936-40.
3. Akgül A. (1997) Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. Yükseköğretim Kurulu Matbaası. Ankara.
4. Aksayan S. ve ark. (2002) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Editör: İnci Erefe. HEMARGE. Odak Ofset. Ankara
5. Alves, B. Sheikh, A. (2005) Investigation the Relationship Between Affluence and Elective Caesarean Sections. BJOG. Vol:112, 994-996.
6. Angeja A.C.E. and et al. (2006) Chilean Women's Preferences Ragarding Mode of Delivery: Which Do They Prefer And Why? BJOG, 113: 253-1258.
7. Avşaroğlu S. (2007) Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme Ve Stresle Başa çıkma Stillerinin Benlik Saygısı Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Doktora Tezi. Konya.
8. Baron, J., Granato, L., Spranca, M. ve Teubal, E. (1993). "Decision-making biases in children and early adolescent: exploratory studies". Merrill-Palmer Quarterly, vol:39, p:22-46.
9. Beksaç M.S., Demir N., Koç A. ve Yüksel A. (2001) Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji Ders Kitabı. Kozan Ofset. İstanbul. 1322-1330.
10. Brown J. and Mann L. (1990). The relationship between family structure and process variables and adolescent decision making. Journal of Adolescence, 13, 25-37.
11. Burrougs A., Leifer G. (2001) Proce of Normal Labor. Maternity Nursing. Eighth Edition. 89.
12. Ceylantekin Y. . (2006) Sezaryanle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon,

- Afyon Koçtepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
13. Coşkun A., Köstü B., Ercan Ö. ve ark. (2007) Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004 ve 2006 Yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 4(3): 168-172.
 14. Çivili D. (2005) Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
 15. Çoban A.E., Hamamcı Z. (2006) Kontrol Odakları Farklı Ergenlerin Karar Stratejileri Açısından İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2): 393-402.
 16. Deniz M.E. (2004).Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Öz Saygı Karar Verme Stilleri ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 4 (15): 23-35.
 17. Dölen İ., Özdeğirmenci Ö. (2004) Optimal Sezaryen Oranı Ne Olmalıdır Türkiye’de ve Dünyada Güncel Nedir?, *TOJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 7: 113-117.
 18. Duman Z. (2006) Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum Ve Sezaryen İle İlgili Düşünceleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon.
 19. Eren E. Yönetim ve Organizasyon. İstanbul, Beta Basım Yayın Dağıtım, 1998; 133-146.
 20. Gamble J.A., Creedy D.K. (2000) Women’ Request For A Cesarean Section: A Critique Of The Literature . *BIRTH*, 27: 256-253.
 21. Gamble J.A., Creedy D.K. (2001) Women’s Preference For A Cesarean Section: Incidence And Associated Faktors. *BIRTH*, 28: 101-110.
 22. Gomes U.A., Silva A.A., Bettiol H., Barbieri M.A. (1999) Risk Faktors for the Increasing Cesarean Section Rate in South Brazil: Acomparision of Two Birth Cohorts 1978-1979 and 1994, *International Journal of Epidemiology*, 28: 687-694.
 23. Gözükara F. (2006) Primigravidalarda Doğum Şekline Yönelik Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler. Ankara, Haccettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
 24. Güney M. ve ark. (2006) Kliniğimizde 2001-2005 Yılları Arasında Sezaryen Oranı ve Endikasyonları. *3(4):249-254*.
http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=tjod&plng=tur&un=TJOD-08379
 25. Haris R. (1998) Introduction to Decision Making. Vanguard University of Southern California: California <http://www.vitalsalt.com/crebook5.html>

26. Hildingsson I. (2006) How Much Influence Do Women In Sweden Have On Caesarean Section? A Follow-Up Study Of Women's Preferences In Early Pregnancy. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2006.07.007
27. Hildingsson I., Radestad I., Rubertson C. and et al (2002) Few Women Wish To Be Delivered By Caesarean Delivery. *BJOG*, 109(6): 618-23.
28. Khan H. (2008) High Cesarean Section Rate: Can We Reduce It? *GJMS*. January–June. 6(1).
29. Konakçı S. (2006) Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen İle Doğum Sıklığı Ve Buna Etki Eden Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
30. Konakçı S.K., Kılıç B. (2002) Sezaryen İle Doğumlar Artıyor, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 8(11), 286-88.
31. Konakçı S.K., Kılıç B., (2004) İzmir'de Sezaryen ile Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler, Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji, 14, 88-95.
32. Kuzgun Y., Bacanlı F. (2005) PDR'de Kullanılan Ölçekler. (Ed). Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
33. Liston F. W. A. (2003) Rising caesarean section rates: can evolution and ecology explain some of the difficulties of modern childbirth? *JRSM*. 96:559-561.
34. Littleton L.Y. (2002) *Maternal, Neonatal ve Women's Health Nursing*. Delmar Thomson Learning. New York.
35. Mann, L., Hormoni, R., ve Rover, C. (1989). Adolescent decision making: the development of competence. *Journal of Adolescence*, 12, 265-278
36. McAleese S. (2000) Caesarean section for maternal choice? *Midwifery Matters*. 84:12-14.
37. McCarthy F.P., Rigg L., Cady L. and Cullinane F. (2007) A New Way of Looking at Caesarean Section Births. *Australian and New Zealand JOG*. Vol:47; 316-320.
38. McCourt C., Weaver J., Statham H. (2007) Elective Cesarean Section and Decision Making: A Critical Review of Literature. *BIRTH*, 34(1) :65-79.
39. Medimagazin 06-10-2008. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-sezaryenle-dogum-oranlari-artiyor-h-60881.html>
40. Moffat M.A. and et al. (2006) Decision Making About Mode of Delivery Among

- Pregnant Women Who Have Previously Had a Caesarean Section: A Qualitative Study. BJOG, 114: 86-93.
41. Moini A, Riazi K, Ebrahimi A and Ostovan N (2007) Caesarean Section Rates in Teaching Hospitals of Tehran: 1999-2003. EMHJ. 13(2), March-April.
 42. National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference Statement Cesarean Delivery on Maternal Request. 27-29 March 2006.
 43. O'Leary CM, Klerk N, Keogh J et al (2007) Trends in Mode of Delivery During 1984-2003: Can They Be Explained by Pregnancy and Delivery Complication?. Published Online Early. BJOG. VOL:114, 855-864.
 44. Okumuş H., Mete S., Yenil K., Tokat M. A., Figen P. S.(2009) Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. Edt. Okumuş H., Mete S.. Deomed Reklam ve Yayıncılık Ltd. ve Şti. İstanbul. s:83, 89-99.
 45. Özcan K. (2006) Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Sezaryene İlişkin Bilgi Düzeyleri. Akdeniz Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Antalya.
 46. Park C.S., Yeom S.G., Choi E.S. (2005) Study of Subjectivity in the Perception of Cesarean Birth, Nursing and Health Sciences, 3-8.
 47. Patricia S. Yoder W. Leading and Managing in Nursing. Second Edition.USA, Mosby Company, 1999; 91-105.
 48. Paul R.H., Miller D.A. (1995) Cesarean Birth: How To Reduce The Rate. AJOG. Jun;172(6):1903-7.
 49. Payne, W. J., Bettman, R. J. ve Johnson, J. E. (1993). The Adaptive Decision Maker. Cambridge University Press: Cambridge.
 50. Philips, S. D., Paziienza, N. J. Ferrin, H. H.(1984)Decision Making Styles and Problem Solving Appraisal". Journal of Counselling Psychology, v:31(4):497-502.
 51. Porreco, Thorp (1996) The Cesarean Birth Epidemic: Trends, Causes, and Solutions. AJOG. 175: 369-374.
 52. Scott S.G., Bruce R.A. (1995) Decision Making Style, The Development And Of A New Measure. Educational and Psychological Measurement. 55(5).
 53. Serçekuş P. (2005) Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
 54. Sewel J. E. (1993) Cesarean Section-A Brief History; a Brochure to Accompany an

- Exhibition. Natioanl Library Medicine. ACOG, April 30-Aug 31, Washington DC.
55. Shiloh, S; Koren, S; Zakay, D. (2001). "Individual Differences in compensatory decision making style and need for closure as correlates of subjective decision complexity and difficulty". *Personality and Individual Differences*. Vol: 699-710.
 56. Stevens R.K. (1983) *Power & Influence A Source Book For Nurses*. Canada, John Wiles Sons Inc,; 249-262.
 57. Sufang, Padmadas, Fengmin, et al. (2007) *Delivery Settings and Caesarean Section Rates in China*. *Bulletin of the World Health Organization(BLT)*. 85(10): 733-820.
 58. Sümbüllüoğlu K., Sümbüllüoğlu V. (2002) *Biyoistatistik*. Onuncu Baskı. Hatipoğlu Yayınları. Ankara
 59. Tamim, et al (2006) *Cesarean Delivery Among Nulliparous Women in Beirut: Assessing Predictors in Nine Hospitals*. *BIRTH*. 34(1), 14-20.
 60. Tangcharoensathien, et al (2006) *Caesarean Deliveries in Thaliand: Cause For Concern*. Regional health forum WHO South-easth asia region.
 61. Taşçı S. *Hemşirelikte Problem Çözme Süreci*. *Sağlık Bilimleri Dergisi Hemşirelik Özel Sayısı* 2005; 73-78.
 62. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü*, Ankara, 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>
 63. *Üreme Sağlığı Programı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması(2005) Temel Bulgular*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Üniversitesi.16-17.
 64. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. *The Lancet* 2006;367:1819–29.
 65. Vusse L. V. (1999) *Decision Making in Analyses of Women's Birth Stories*. *BIRTH*. March;26(1):43-50
 66. Weaver J., Statham H., Richards M. (2007) *Are There "Unnecassaray Cesarean Sections For Nonclinical İndication*. *BIRTH*, 34: 32-41.
 67. *Woman health reports-2008* <http://www.who.statistic/2008.htm>
 68. Yaşar Ö. ve ark. (2007) *Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler*. *Türkiye Klinikleri JGO*.17:414-420.

69. Yeşilyaprak, B. (2004). Eğitimde Bireysel Farklılıklar. (ed.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

70. Yoder W. Leading and Managing in Nursing. USA, Mosby Company, 1995; 11-127.

EK I.

**SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, GEBELİK ÖYKÜLERİ VE DOĞUM
ŞEKLİNE KARAR VERME DURUMLARI SORU FORMU**

Sosyo-Demografik Veriler:

1. Yaşınız?.....

2. Eğitim durumunuz?

a. Yok b. İlköğretim c. Lise d. Üniversite-Yüksek Okul

3. Mesleğiniz?

a. Ev Hanımı b. Memur c. İşçi d. Diğer.....

4. Eşinizin eğitim durumu?

a. Yok b. İlköğretim c. Lise d. Üniversite-Yüksek Okul

5. Eşinizin mesleği?

a. İşçi b. Memur c. Esnaf d. İşsiz e. Diğer.....

6. Şu andaki ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a. Gelir giderden az

b. Gelir gidere eşit

c. Gelir giderden fazla

7. Sağlık güvenceniz nedir?

a. SSK

b. Bağ-Kur

c. Yeşil Kart

d. Emekli Sandığı

e. Özel Sağlık Sigortası

f. Yok

Gebelik Öyküsü:

1. Gebelik haftanız?.....

2. Gebelik süresince en çok hangi sağlık kuruluşunda izlendiniz?

a. Sağlık Ocağı

b. Devlet Hastane

c. Tıp Fakültesi

d. Özel Hastane-Özel Muayene

3. Gebelik süresince en çok hangi sağlık personeli tarafından izlendiniz?

a. Doktor

b. Ebe-Hemşire

Doğum Şekli :

1. Gebelik süresince size nasıl doğum yapmak istediğiniz soruldu mu?

a. Evet

b. Hayır

2. Sizce doğum şeklinize kim/kimler karar vermelidir?

a. Hekim karar vermeli

b. Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben vermeliyim

c. Hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı ben ve eşim vermeliyiz

d. Doktor/hemşire ve ben kararı birlikte vermeliyiz

3. Doğum şekline karar verme aşmasında sizde söz sahibi olmak istiyor musunuz?

a. Evet Neden:.....

b. Hayır Neden:.....

4. Doğum şekli tercihiniz nedir?

a. Normal doğum

b. Sezaryenle doğum

c.Tercihim yok

5. Şu anda doğum şeklinize karar verdiniz mi?

a. Evet

b.Hayır

(cevabınız evet ise 6. soruyu cevaplandırınız)

6.Doğum şekli kararınız nedir?

a.Normal Doğum

b.Sezaryen

Bu karara nasıl vardınız?.....

.....

.....

Ek II.

MELBOURNE KARAR VERME ÖLÇEĞİ II

Kişiler karar verirken izledikleri yol konusunda farklılık gösterirler. Lütfen aşağıdaki her bir soruya, sizin sitilinize en iyi uyan yanıtı işaretleyerek nasıl karar verdiğinizi gösteriniz.

Karar verirken,

		Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
(1)	Karar verirken kendimi, sanki büyük bir zaman baskısı altındaymışım gibi hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Bütün alternatifleri göz önünde tutmayı severim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Kararları diğer kişilere bırakmayı tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Bütün alternatiflerin dezavantajlarını ortaya çıkarmaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)	Son kararı vermeden önce, önemsiz konular üzerinde çok zaman harcarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)	Kararı en iyi şekilde nasıl uygulayabileceğimi enine boyuna düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)	Bir kararı verdikten sonra bile kararı uygulamayı geciktiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)	Karar verirken, karar hakkında pek çok bilgi toplamaktan hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)	Karar vermekten kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)	Karar vermek zorunda olduğum zaman, karar üzerinde düşünmeye başlamadan önce uzun süre beklerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11)	Karar verme konusunda sorumluluk üstlenmeyi sevmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12)	Karar vermeden önce amaçlarımı netleştirmeye çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13)	Önemsiz, küçük olayların yolunda gitmeyebileceği olasılığı, benim aniden tercihlerimden dönüş yapmama neden olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14)	Bir karar benim tarafımdan veya başka biri tarafından verilecekse, ben karar vermeyi diğer kişiye bırakırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15)	Ne zaman zor bir kararla karşı karşıya gelsem, iyi bir çözüm yolu bulma konusunda kendimi kötümser hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16)	Seçim yapmadan önce çok fazla dikkatli davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17)	Zorunda kalmadıkça karar vermem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18)	Son ana kadar karar vermeyi geciktiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19)	Çok daha bilgili kişilerin benim yerime karar vermelerini tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20)	Karar verdikten sonra, kararın doğru olduğuna kendimi inandırmak için çok zaman harcarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21)	Karar vermeyi ertelerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22)	Acilen karar vermem gereken bir durumda doğru düşünemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/885

Tarih:26/06/2009

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)
Yard.Doç.Dr.Hatice MERT (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 25 Haziran 2009 tarih ve 51/3/09 sayılı toplantısında, 698 kayıt numaralı dilekçe ile başvuran Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un danışmanlığını yaptığı Yüksek Lisans Öğrencisi Züleyha VATANSEVER'in "Primipar Gebelerin Karar Verme Stillerine Göre Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi" konulu tez başlığının "Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi" olarak değiştirilme talebi uygun görülmüştür.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Zühal BAHAR
Etik Kurul Başkanı

EN-14

K-1
12E-120-EM
0000

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR DR. E.HAYRİ ÜSTÜNDAĞ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİ

SAYI : B.104 İSM.4356557/-LS44
KONU : Züleyha VATANSEVER

TARİH:09.04.2008


DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İnciraltı/İZMİR

İLGİ: 03.04.2008 tarih ve 1045 sayılı yazınız.

Enstitünüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrenciniz Züleyha VATANSEVER'in; 'Primipar Gebelerin Karar Verme Stillerine Göre Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi' isimli tez çalışmasını Nisan 2008 tarihinden itibaren Kurumumuzda yapabilme talebi Baştabipliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ve rica ederim.

Op.Dr.Bülent DUTSAĞ
Baştabip V.



Öğrenci işleri
17.04.2008
A

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 17 Nisan 2008
Kayıt No :
Dosya No : 1257

ayhan HMM
21.04.2008
A

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİ-İZMİR

BÜRO: ÖZLÜK İŞLERİ
SAYI : B.10.4.ISM.04.35.65.81
KONU: Tez Çalışması Hk.

29.04.2008 002688

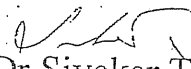
T.C.
DOKUZEYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
İZMİR

İLGİ: 03.04.2008 tarih 1045 sayılı yazınız.

T.C.Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi;

Züleyha VATANSEVER'in Danışmanı Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un
"Primipar Gebelerin Karar verme stillerine göre Doğum şekline karar verme
durumlarının incelenmesi "konulu tez çalışmasının Hastanemizde yapmasına
dair 03.04.2008 tarihli yazınız görüşülmüş olup, Eğitim Planlama ve
Koordinasyon Kurulumuzun 11.04.2008 tarih, 2008/2 sayılı kararı ile kabul
edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Op.Dr.Şivekar TİNAR
Baştabip

Ek: E.P.K.K. Karar Fotokopisi
(11.04.2008 -2008/2)

Öğrenci İşleri
12.05.2008
A

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 12 Mayıs 2008
Kayıt No
Dosya No



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

02.05.2008*004368

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00/
KONU :

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi : 31.03.2008 tarih ve 411 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Yüksek Lisans öğrencilerinden Züleyha Vatansever'in "Primipar Gebelerin Karar Verme Stillere Göre Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi" isimli tez çalışmasının anketini 2008 Nisan ayından itibaren Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalımız Gebe Polikliniğinin hasta bekleme salonları ve koridorlarında bekleyen gebe hastalarda uygulanması Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sedef GİDENER
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23
e-post: yazi.isleri@deu.edu.tr Elektronik ağ : www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Aylin ÖZ

Bu