



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DOĞAL DOĞUM HAKKINDA
BİLGİ VE TUTUMLARI**

KÜBRA OYMAKCIER EVGİN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL-2017

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleşmesinde emeği geçen danışmanım Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ'a sonsuz yardımlarından ve ufkuma kattıkları zenginlikten dolayı,

Gelecekteki mesleki hayatımda bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli hocalarım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL'a

Çalışma boyunca benden biran olsun yardımlarını esirgemedi bana destek olan sevgili eşim Aydın EVĐİN'e hayatımın her evresinde bana destek olan annem Nurten OYMAKCIER'e, bana şans getiren oğlum Yusuf Eren'e, çalışma süresince bana destek olan arkadaşım Bahar GÜNEŞ'e çalışmalarım süresince sabrını ve enerjisini esirgemeyen aileme,

Adana Özel Medline hastanesi genel direktörü Yrd. Doç. Dr. Musa İNAL'a, hemşirelik hizmetleri direktörü Sayın Özlem KÜLTÜR'e,

Bu çalışmayı hazırlarken geçtiğim süreçte benden yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Ayşe PARLAKGÜMÜŞ'e ve bütün Medline ailesine,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

Sayfa Numarası

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Doğum Eylemi ve Doğumun Evreleri.....	5
4.1.1. Doğumun birinci evresi.....	5
4.1.2. Doğumun ikinci evresi	5
4.1.3. Doğumun üçüncü evresi.....	5
4.1.4. Doğumun dördüncü evresi	5
4.2. Çocuk Doğurma İle İlgili Tanımlar.....	6
4.2.1. Normal doğum	6
4.2.2. Doğal doğum.....	6
4.2.3. Vaginal doğum.....	6
4.2.4. Müdahaleli doğum	6
4.3. Normal Doğumun Avantajları	7
4.4. Doğal Doğuma Müdahale	8
4.4.1. Sentetik oksitosin kullanımı (indüksiyon)	9
4.4.2. Amniotomi	11

4.4.3. Sürekli EFM.....	12
4.4.4. Epizyotomi.....	13
4.4.5. Epidural analjezi.....	13
4.4.6. Kordonun erken klemlenmesi.....	14
4.4.7. Sezaryen.....	15
4.4.8. Doğum eyleminde oral alımın kısıtlanması.....	17
4.4.9. Sık vajinal muayene.....	18
4.4.10. Yatağa bağımlı kalmak (hareket kısıtlılığı).....	18
4.4.11. Plasentanın elle çıkarılması.....	19
4.4.12. Ten tene temas hakkının verilmemesi.....	19
4.4.13. Rutin damar yolu açılması.....	19
4.5. Doğal Doğum.....	20
4.6. Doğumun Hormonal Yapısı.....	22
4.6.1. Doğal oksitosin (sevgi hormonu).....	22
4.6.2. Beta-Endorfinler.....	23
4.6.3. Adrenalin ve noradrenalin (heyecan hormonu).....	24
4.6.4. Prolaktin (süt hormonu).....	25
5. METOD VE MATERYAL.....	26
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	26
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	26
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
5.4. Araştırma Sorusu.....	29
5.5. Veri Toplama Araçları.....	29
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30

6. BULGULAR	31
6.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
6.2. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumlu Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular	45
6.3. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumsuz Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular	48
7. TARTIŞMA	52
7.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	53
7.2. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumlu Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Tartışılması	54
7.3. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumsuz Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Tartışılması	56
8. SONUÇ	59
9. KAYNAKLAR	62
10. EKLER	72
Ek I. Veri Toplama Formu	72
11. ETİK KURUL	74
12. ÖZGEÇMİŞ	77

KISALTMALAR LİSTESİ

- ACOG** : American Congress of Obstetricians and Gynecologists
- CM** : Santimetre
- ÇKS** : Çocuk Kalp Sesleri
- d** : Tablosunda Bulunan Teorik Değer
Olayın Görülüş Sıklığına Göre Yapılmak İstenen Sapmadır
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EFM** : Elektronik Fetal Monitörizasyon
- EFM** : Non Stress Test
- n** : Örneklem Alınacak Birey Sayısı
- N** : Evrendeki Birey Sayısı
- NICE** : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health
- p** : İncelenecek Olayın Görülüş Sıklığı (olasılığı)
- q** : İncelenecek Olayın Görülme Sıklığı ($1 - p$)
- t** : Belirli Serbestlik Derecesinde ve Saptanan Yanılma Düzeyinde t
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TTT** : Ten Tene Temas
- YYBÜ** : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
- WHO** : World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları İllere İlişkin Dağılımları.....	32
Tablo 6.1.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine İlişkin Dağılımları	33
Tablo 6.1.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Dağılımları	34
Tablo 6.1.4. Sağlık Çalışanlarının Görevlerine İlişkin Frekans Dağılımları.....	35
Tablo 6.1.5. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımları	36
Tablo 6.1.6. Coğrafi Bölgede Çalışma Yılı İle Kadın-Doğum Biriminde Çalışma Yılları Çapraz Tablo.....	37
Tablo 6.1.7. Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine İlişkin Dağılımları	38
Tablo 6.1.8. Sağlık Çalışanlarının Ya Da Eşlerinin Daha Önce Doğum Yapma Durumlarına İlişkin Dağılımları.....	39
Tablo 6.1.9. Eşi Veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Sayılarına İlişkin Frekans Dağılımları	40
Tablo 6.1.10. Eşi Veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekillerine İlişkin Frekans Dağılımları	41
Tablo 6.1.11. “Türkiye’nin Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranına Sahip 3 Ülkeden Biri Olduğunu Biliyor Muydunuz?” Sorusuna İlişkin Dağılımlar	42
Tablo 6.1.12. “Sağlık Çalışanı Olarak Hangi Doğum Yöntemini Tavsiye Edersiniz” Sorusuna İlişkin Dağılımları	43
Tablo 6.1.13. “Sizce Gebelik Ve Doğum, Kadın Hayatında Neyi Temsil Ediyor?” Sorusuna İlişkin Dağılımlar	44
Tablo 6.2.1. Sağlık Çalışanlarının Olumlu Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının İllere Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6.2.2. Sağlık Çalışanlarının Olumlu Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 6.3.1. Sağlık Çalışanlarının Olumsuz Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının İllere Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6.3.2. Sağlık Çalışanlarının Olumsuz Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 6.1.1. Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları ile ilişkin pasta grafiği	33
Şekil 6.1.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine İlişkin Pasta Grafiği	34
Şekil 6.1.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Sütun Grafiği	35
Şekil 6.1.4. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine İlişkin Sütun Grafiği.....	36
Şekil 6.1.5. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına İlişkin Sütun Grafiği	37
Şekil 6.1.6. Coğrafi Bölgede Çalışma Yılı İle Kadın-Doğum Biriminde Çalışma Yılları Sütun Grafiği	38
Şekil 6.1.7. Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine İlişkin Pasta Grafiği	39
Şekil 6.1.8. Sağlık Çalışanlarının Daha Önce Doğum Yapıp Yapmadıklarına İlişkin Pasta Grafiği.....	40
Şekil 6.1.9. Eşi Veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Sayıları Sütun Grafiği	41
Şekil 6.1.10. Eşi Veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Türü Sütun Grafiği	42
Şekil 6.1.11. “Türkiye’nin Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranına Sahip 3 Ülkeden Biri Olduğunu Biliyor Muydunuz?” Sorusu İlişkin Pasta Grafiği	43
Şekil 6.1.12. “Sağlık Çalışanı Olarak Hangi Doğum Yöntemini Tavsiye Edersiniz” Sorusu İlişkin Pasta Grafiği.....	44

1. ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DOĞAL DOĞUM HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının, doğal doğum ile ilişkili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma betimsel tarama modeline dayalı olarak Adana ve Siirt illerinde doğum alanında çalışan sağlık çalışanları üzerinde Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya her iki ilden 60 hekim, 109 ebe ve 156 stajyer olmak üzere toplam 325 sağlık çalışanı katılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan veri toplama formu ile yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS 22.0 (Statistical Package for The Social Science) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 25.23 ± 6.85 (min:16- max: 50) olup çoğunluğunun 16-27 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Eşi ya da kendisi doğum yapan sağlık çalışanlarının neredeyse yarıya yakını sezaryen olduğunu, araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının ise yine yarıya yakını hastalarına sezaryeni tavsiye ettiklerini ifade etmişlerdir. “Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir”, “plasentanın doğal olarak ayrılması beklenir” ve “travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir” önermeleri en yüksek oranda katılım sağlanan uygulamalar olmuştur. En düşük oranda katılım görülen uygulamalar; “annenin ayakta doğal olarak ıkınması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir” ve “göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir” önermeleri olmuştur.

“Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir” ve “anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır” önermeleri tüm sağlık çalışanlarının en çok katıldıkları önermeler olmuştur.

Sağlık çalışanları arasında sezaryeni tercih ve tavsiye etme oldukça yaygındır. Doğal doğuma karşı tutumları kanıt temelli uygulamalardan oldukça uzaktır. Doğum hizmetlerinin kanıt temelli uygulamalara dayalı olarak yeniden dizayn edilmesi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Anahtar Kelimeler; Doğal doğum, Doğuma müdahale, Sağlık çalışanı

2. ABSTRACT

THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF HEALTHCARE WORKERS TOWARDS NATURAL BIRTH

This study was designed to define the knowledge and attitude of medical staff towards natural birth.

The research was designed as a descriptive study and was conducted in medical healthcare staff in Adana and Siirt between January - December 2015. Sixty physicians, 109 mid-wives and 156 interns (a total of 315 medical healthcare worker) from two studies attended this study. The data were collected by the researcher - face to face interview - and the questions were prepared via literature review. The data were analyzed by SPSS 22.0 (Statistical Package for The Social Science).

The median age of the participants were 25.23 ± 6.85 years (min: 16 - max: 50) and most of them clustered between 16-27 years. Almost half of the participants have had or their partners have had cesarean section, and almost half of the participants recommended cesarean section. "The expecting mother is given support and positive feedback during labor", "Placenta detaches spontaneously" and "during labor the patient is encouraged to move" were the statements most commonly agreed. The statements least commonly agreed were; "The mother pushes while standing and can give labor in the position she wants to" and "the umbilical cord is clamped after the pulsations are lost"

"Every patient must have an i.v. line", "every patient is routinely ordered to push" and "the patients push in the lying position" were the statements most commonly agreed by the healthcare workers.

Recommending and choosing cesarean section is very common among the health care workers. Their attitude towards natural birth is far from evidence based medicine. It is very important that labor services must be re-designed on evidence based medicine and its importance should be stressed.

Key words; Natural childbirth, Assistance to labor, Healthcare providers

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen %10-15 sezaryen oranına rağmen tüm dünyada sezaryen oranı hızla artmaktadır. Bu hızlı artıştan Türkiye, diğer ülkelere nazaran biraz daha fazla etkilenmiştir. Türkiye de sezaryen oranları oldukça yüksektir. Son beş yılda gerçekleşen tüm doğumların %48'i sezaryen ile gerçekleşmiştir (1). Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artışın en önemli nedenlerinden biri sağlık çalışanlarının tavsiyesinin yüksek olması olarak görülmektedir. Sezaryen olan her iki kadından biri hekim tavsiyesi ile sezaryen olmaktadır (2).

Türkiye'de kadınlar yüksek oranda doğum korkusu yaşamaktadır. Yapılan çalışmalarda diğer ülke kadınlarından farklı olarak Türkiye'de kadınlarda doğum korkusunun en büyük sebebi; sağlık çalışanlarının yaklaşımlarıdır (3, 4). Obstetrideki hızlı teknolojik gelişmeler ile doğumun, doğal bir süreç olduğu neredeyse unutulmuştur ve bunun sonucu olarak kadınların doğum yapma güçlerini kaybettikleri, doğumda kontrolü sağlık çalışanlarına bıraktıkları ve beraberinde sezaryen ya da müdahaleli doğum oranlarının arttığı görülmektedir. Günümüzde artık kadınlar, doğuma herhangi bir müdahale olmadan teknoloji kullanılmadan, sağlık çalışanlarından yardım almadan doğumun gerçekleşeceğine inanmamaktadırlar (5, 6).

Doğum sırasında anneleri yatağa bağımlı hale getirmek ve sırt üstü yatırmak doğum eyleminin uzamasına, kalitesiz kasılmalara, fazla ıkınarak daha çok güç kaybetmesine ağrıları hissederek analjezi ihtiyacına ve distosiye, yavaş dilatasyona ve sırt üstü yatarak vena kava sendromu sonucu uteroplental kan akışında azalma ve fetal sıkıntıya yol açmaktadır (7). Doğum sırasında yapılan her müdahale diğerlerini tetikleyerek müdahalenin sayısını arttırmaktadır. Doğum sırasında fizyolojik sürece müdahale edilmesi; Fetal Monitarizasyon (EFM), doğum sırasında oral alımını kısıtlama, sık vajinal muayene, amniyotomi, rutin epizyotomi, bölgesel anestezi, epidural katater, etkisiz ıkınma ve kristeller manevrası esntrümantal vajinal doğum ve sezaryen ile sonuçlanabilmesine neden olmaktadır (7). Normal fizyolojik

süreçte müdahalelerin gerekli olduğuna dair kanıtlar yoktur (6). Gerekli olmayan her müdahale doğumda negatif etkilerin oluşmasına neden olabilir. Sağlık çalışanlarının, normal doğum sırasında yalnızca gerekli olan acil durumlar için müdahalede bulunmalıdırlar (6, 8).

NICE normal doğumun hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı açısından çok güvenilir olduğu ve sağlık çalışanlarının normal doğumu gebelere tavsiye etmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (9). Doğum sırasında kadının en büyük ihtiyacı sevgi, güven ve sabırdır. Doğum ekibi olan hekimin, ebenin, hemşirenin iyi bir ekip halinde anneye güven vererek destek olması gerekmektedir. Normal doğumda doğumu gerçekleştiren ekip koruyucu önlemler alarak doğumda müdahaleleri en aza indirmelidir (7). Doğum sırasında müdahale edilmeden sadece destek olma spontan vajinal doğumu arttırdığı sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarını azalttığı, travayda analjeziye daha az istek duyulduğunu ortaya koymuştur (6, 10).

Doğum fizyolojik bir olaydır, hastalık değildir. Dolayısıyla doğal akışında gerçekleşmesi gereken bir süreçtir bu yüzden doğumda sağlık çalışanları izleyici, rehber olmalı ve gereksiz yapılan her türlü müdahaleden kaçınmalıdır. Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Gereksiz yere yapılan her türlü müdahalenin doğumun işleyişi ve hormonların salınımı üzerine negatif etkileri vardır. Ülkemizde sezaryen oranını azaltma çalışmaları içerisinde toplumun doğuma bakışını etkileyen ve örnek teşkil eden kadın sağlık çalışanlarının doğal doğum hakkındaki bilgi ve tutumlarının araştırılması önem kazanmaktadır. Bu düşünceden yola çıkılarak bu çalışma, sağlık çalışanlarının doğal doğuma ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlemesi amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Eylemi ve Doğumun Evreleri

Doğum: Termde (37-42 haftalarda) kendiliğinden başlaması, tek ve canlı fetüsün varlığı ile, verteks pozisyonunda, baş-pelvis uygunsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (11).

4.1.1. Doğumun birinci evresi

Dilatasyon evresi (doğumun birinci evresi); gerçek doğum ağrılarının başlamasıyla serviksin tam dilatasyonu (10 cm) ve tam efasman (%100) arasında geçen dönemdir (12, 13).

4.1.2. Doğumun ikinci evresi

Eylemin bir sonraki evresi olan ikinci evresi, serviksin tam olarak dilate olmasıyla başlayıp, fetusun doğumuyla son bulmaktadır. Doğumun ikinci aşaması serviksin tam olarak dilate olmasından sonra primiparlarda 30 dakikayla 2 saat (ortalama 50 dakika), multiparlarda 5-30 dakikayla (ortalama 20 dakika) devam etmektedir. Nulliparlarda 2 saati, multiparlarda 1 saati geçerse uzamış kabul edilir (12, 13).

4.1.3. Doğumun üçüncü evresi

Doğumun bu evresi bebeğin doğumundan itibaren başlayıp, plasenta ve eklerinin tam olarak ayrılıp atılmasıyla son bulur. Genellikle beş dakika olmakla beraber plasentanın atılma evresi 5-30 dakika zaman aralığında devam etmektedir (12, 13).

4.1.4. Doğumun dördüncü evresi

Plasenta ve eklerinin doğmasından itibaren ilk dört saatlik süreyi kapsamaktadır. Doğumun dördüncü evresinde kanama takibi oldukça önem arz etmektedir. Annede

üşüme, titreme, susuzluk, açlık, yorgunluk ve perineal bölgede ağrı görülmektedir. Bu aşamada involüsyon ve vital bulguların takibi, anne bebek iletişiminin temin edilmesi, emzirmenin başlatılması, annenin ağrısının hafifletilmesi için perineye buz uygulamak, annenin uygun pozisyonda dinlendirilmesi ve açlık durumunun ortadan kaldırılması gerekmektedir (12).

4.2. Çocuk Doğurma İle İlgili Tanımlar

4.2.1. Normal doğum

Termde (37-42 haftalarda) kendiliğinden başlaması, tek ve canlı fetüsün varlığı ile, verteks pozisyonunda, baş-pelvis uygunsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (11).

4.2.2. Doğal doğum

Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden gerçekleştirilen doğumlardır. Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Doğumda gereksiz yere yapılan her türlü müdahale doğumun işleyişi ve hormonların salınımı üzerine negatif etkileri vardır (6, 8, 14-16).

4.2.3. Vajinal doğum

Sevikal dilatasyon (10 cm) ve efasmana (%100) neden olan ve giderek sıklaşan ve şiddeti artan kontraksiyonlarla beraber fetüs ve eklerinin dışarı atılması ile sonuçlanan klinik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (17).

4.2.4. Müdahaleli doğum

Müdahaleli vajinal doğum maternal ve fetal endikasyonlar varlığında doğum eylemini güvenli bir şekilde gerçekleştirmek veya hızlandırmak için kullanılan bir yöntemdir. Annenin tükenmesi ve etkin olarak ıkınamaması, yada tıbbi

endikasyonlar (doğumun ikinci evresinde maternal kardiyak sorunlar nedeniyle maternal ıkınmanın kontraendike olduğu durumlar), doğumun ikinci evresinin uzaması, fetal başın ilerleyişinin ve rotasyonunun durması ve yine doğumun ikinci evresinde güven vermeyen fetal kalp atımları gibi durumlarda uygulanır. Müdahaleli vajinal doğum, muhtemel sıkıntı bulgusu gösteren fetüslerde, doğumlarda travay süresinin kısaltılması ve doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonları azaltmak veya tamamen engellemeye de yardımcıdır (18). Doğumda uygulanan müdahalelerin doğru seçimi hem anne hem de fetüs için doğumla ilgili oluşabilecek morbiditeyi ve mortaliteyi en aza indirecektir. Gereksiz yapılan müdahaleler fayda sağlamayan komplikasyonlarla ilişkilidir (19). Gereksiz rutin müdahaleler normal doğumun tbbileştirilmesini (20) ve spontan vajinal doğum oranlarının azalmasına yol açar (21).

4.3. Normal Doğumun Avantajları

Normal doğumun milyonlarca yıl öncesinden günümüze kadar tüm memeli canlıların kendi soylarının devam edebilmesi için kullanmış oldukları yöntemdir. Bu yöntemin asıl avantajı ise normal bir şekilde ve fizyolojik olma durumudur (6). Normal doğumun sağladığı avantajlardan bir diğeri de gebelik öncesindeki hayatına hemen dönebilir ve hastane içerisindeki kalma süreci de çok kısa olmaktadır (22, 23).

Duran ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların ifadelerine göre; doğum yapan kadınların doğum sonu dönemde daha rahat hareket edebildikleri, bebeğe daha iyi bakım verebildikleri gibi düşünceleri ifade etmiş. Ayrıca normal doğum yapan kadının annelik duygusunu daha iyi hissedebileceği ve bazı jinekolojik rahatsızlıkların normal doğumla birlikte vücuttan uzaklaşacağı düşüncesini ifade etmişlerdir (3).

Karabulut'un yapmış olduğu çalışmasında kadınların %78.8'i vajinal doğumu tercih etmiş, vajinal doğumu tercih etme nedenleri arasında en fazla, anne için daha sağlıklı olacağını düşüncesi (%54.3) yer almıştır (24) ve buna benzer başka bir çalışmada da vajinal doğum sonrası kadınların %84'ü vajinal doğumdan memnun olduklarını ve bir sonraki doğumlarında vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (25).

4.4. Doğal Doğuma Müdahale

Günümüzde obstetrideki hızlı değişimler ile doğumun, doğal bir eylem olduğu unutulmaktadır (7). Bu bağlamda kadınların doğum yapma güçlerini kaybettikleri, doğumda aktif rolü sağlık çalışanlarına bıraktıkları ve akabinde sezaryen ya da müdahaleli doğum oranlarının arttığı görülmektedir (5, 26). Geçerli endikasyon olmaksızın rutin müdahale kullanımı doğumun normal fizyolojik olan sürecini tıbbi ve cerrahi bir prosedüre dönüştürür ve yapılan her müdahale bir diğerini tetiklemektedir (21). Tıbbi gereklilik yokken müdahale etmek anne ve bebek komplikasyon riskini artırmaktadır. Doğumda gereksiz rutin müdahaleler daha fazla müdahale ile ilişkilidir ve spontan vajinal doğum oranlarının azalmasına neden olur (21). Sezaryenler kullanma eğiliminin birincil nedeni, normal doğum sürecinin tıbbileştirilmesi (20).

Doğumlara müdahalede bulunmadan önce anne ve yeni doğan sağlığı, hastanede kalış süreleri göz önüne alınarak, aydınlatılmış onam alındıktan sonra müdahale yapılmalıdır (6, 7).

İstatistiklere bakacak olursak son yıllarda doğumda artan oranlarda rutin yapılan müdahaleler şunlardır;

- İndüksiyon
- Amniotomi
- Sürekli fetal monitorizasyon (EFM)
- Epizyotomi
- Epidural analjezi
- Kordonun erken klemplenmesi
- Sezaryen
- Doğum eyleminde oral alımın kısıtlanması
- Sık vajinal muayene
- Yatağa bağımlı kalmak(hareket kısıtlılığı)
- Plasentanın elle çıkarılması

- Ten tene temas (TTT) hakkının verilmemesi
- Rutin damar yolu açılması (7).

4.4.1. Sentetik oksitosin kullanımı (indüksiyon)

Doğum indüksiyon kullanımı gün geçtikçe obstetrik alanda hızla kullanımı artmaktadır ve artmaya devam etmektedir (27, 28).

Gelecek yıllarda da azalma olasılığı düşüktür. Öte yandan doğumda indüksiyon kullanımı sezaryen oranlarını iki ila üç kat arttırdığı ve son yirmi yılda sezaryen oranlarının artmasına katkıda bulunmuştur (29).

Doğum indüksiyonu obstetrik bakımda rutin bir işlemdir ve çeşitli maternal, fetal ve tıbbi olmayan nedenlerle uygulanmaktadır. İndüksiyon yönteminin seçimi, hastanın bireysel özelliklerine ve Bishop skoru ve servikal uzunluğun transvajinal ultrasonografi ölçümüne göre seçilmelidir bu, indüksiyon başarısı olasılığını öngörmeye yardımcı olabilir (27, 30). Serviks olgunlaşmadığında indükleyici vajinal doğum zor olabilir, bu da başarısız indüksiyondaki önemli bir faktördür (31).

Oksitosinin erken kullanımı, fetal kalp değişiklikleri ile ilişkili uterus hiperstimülasyonunda artışa neden olmaktadır (32).

Spontan doğumun ilk aşamasındaki yavaş ilerleme, uterus kontraksiyonlarının az olması nedeniyle oksitosin kullanılabilir. Doktorlar ve ebeler sıklıkla kasılmaları güçlendirmek ve hem anneye hem de yeni doğmuş bebeğe zarar vermektan kaçınmak için doğumu hızlandırmak amacıyla oksitosin adı verilen bir ilaç verirler. Oksitosin kullanımının amacı normal bir vajinal doğumun ilerlemesine ve sezaryen ihtiyacının azalmasına neden olmaktadır. Fakat Bugg (2013)'nin yapmış olduğu çalışmada oksitosin kullanımının normal doğum süresini sadece iki saat kısalttığı ancak normal doğum oranını arttırmadığı görülmüştür (32).

Normal doğumda indüksiyon kullanımının azaltılması ya da kullanılmaması sezaryen oranlarının azalmasında rol almaktadır. Ayrıca Ehrental (2010)'ın kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada doğumda indüksiyon kullanımı sezaryen oranlarını 2 kat arttırdığını tespit etmiştir (33). İndüklenen gebeler spontan takip edilen eyleme oranlara daha fazla müdahaleye maruz kalır (34).

Doğum indüksiyonu için yaygın kabul gören endikasyonlar arasında post-term gebelik, maternal hipertansiyon, erken membran rüptürü, fetal büyüme kısıtlaması, güvenilmez fetal durum, polihidramnios, intrauterin/fetal enfeksiyon ve önceki obstetrik öykü yer alır (27, 32).

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)'a göre doğumda indüksiyon kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar;

- Sabit stabil bulgular,
- Oksitosin veya misoprostole yan etkilerin olmaması,
- Uterus taşisistolinin yokluğu,
- Ağrı derecesi hasta için kabul edilebilir düzeyde olması,
- Kararlı duygusal durum,
- Aydınlatılmış onam formu alınması,
- Fetal kalp atımı 110-160 arasında olmalıdır (30).

ACOG'a göre doğumun indüksiyon/augmentasyon için kontrendikasyonlar şunları içerir;

- Daha önceki klasik uterus insizyonu
- Uterus boşluğuna giren önceki transmural uterin insizyon
- Aktif genital herpes enfeksiyonu
- Plasenta veya vasa previa
- Kordon prolapsusu
- Transvers fetal duruş (30).

Doğum eylemi indüksiyonunun endikasyonları:

- Koryoamniyonit
- Fetal ölüm
- Gebelik hipertansiyonu
- Preeklampsi, eklampsi
- Erken membran rüptürü
- Postterm hamilelik
- Anne tıbbi koşulları (örneğin, diabetes mellitus,
- Böbrek hastalığı,
- Kronik akciğer hastalığı,
- Kronik Hipertansiyon,
- Antifosfolipid sendromu)
- Fetal ödün verme (örneğin ciddi fetal büyüme kısıtlaması, Isoimmünizasyon, oligohidramnios) (30)

4.4.2. Amniotomi

Amniyotomi servikal açıklığın 4 cm olduktan sonra doğumun hızlandırılması ve amniyotik mainin değerlendirilmesi için yapılan bir işlemdir (35). Amniyotomi, amniyotik membranların ebe ya da doktor tarafından suni olarak açılma işlemidir. Amniotomi, son yıllarda obstetrik bakımın rutin bir parçası olmuştur. Normal olarak ilerleyen doğum eyleminde rutin olarak amniyotomi yapılması önerilmez (7, 36). Amniyotik sıvı anti-bakteriyel, fetüsü enfeksiyona ve kord üzerinde baskılara karşı korur. Amniyotomi doğumu hızlandırmak ve amniyon sıvısının niteliğini öğrenmek adına yapılan bir işlemdir. Membranların parçalanmasının kasılmaları uyaran oksitosin ve prostaglandinlerin salınımını desteklediği gösterilmiştir (29, 37).

Amniyotomi yapılması maternal ve fetal olarak yararlarının olmadığı aksine maternal ve fetal enfeksiyon riskinin ve kordon prolapsus, fetal distress ve ağrı oranını arttırdığı bilinmektedir ve bu bağlamda sezaryen oranında artış eğilimi söz konusudur (38).

Düzenli amniyotomi, sezaryen doğum yapma şansını ve kardiyotokografiye cevap vermeme şansını artırabilir.

Amniyotominin standart doğum yönetiminin bir parçası olarak kullanılması tavsiye edilmez (39).

Amniotomi, oksitosin veya prostaglandin ile kombinasyonun yanı sıra tek başına kullanılan doğum indüksiyonunun cerrahi bir metotudur (27).

Amniyotomi uygulaması yapılan gebeler doğum eyleminde daha çok müdahaleye maruz kalıyorlar (34) bu nedenle doğumda rutin amniyotomi yapılması önerilmez (40).

4.4.3. Sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM)

Doğum eyleminde (intrapartum dönemde) meydana gelen uterus kontraksiyonları ile fetal kalp atımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmekte kullanılan bir yöntemdir (41). elektronik fetal monitorizasyon (EFM)'nin uygulanması ve yorumlanması sağlık çalışanı, ebe/hemşire tarafından yapılmaktadır (42, 43). İntrauterin fetal sağlık durumu ve distresin değerlendirilmesinde; EFM en sık kullanılan obstetrik uygulamalardan biridir. EFM fetal riskleri erken dönemde belirlemeyi sağlayarak hipoksiye bağlı fetal ölümlerin azalmasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle doğum öncesi dönemde fetus sağlığının değerlendirilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır (44).

ACOG, sürekli EFM ve EFM kullanımının riskli gebelerde önerildiğini, normal sağlıklı gebeliklerde gereksiz olduğunu vurgulamış ve sürekli izlemin sezaryen oranlarında artışa sebep olduğunu belirtmiştir. Buna bağlı olarak riskli olmayan doğum eylemi sırasında gebeleri sürekli EFM yerine aralıklı olarak EFM'ye bağlanarak gebelerin hareket özgürlüğü kısıtlanmamalı önerisinde bulunmuştur (42).

Sürekli fetal monitorizasyon, yüksek riskli gebeler için ayrılmalıdır; çünkü sürekli EFM gebelerin hareket özgürlüğünü kısıtlayarak gebeleri yatağa bağımlı hale getiriyor bu süreçte uzamış doğum eylemini, bebeğin rotasyonunu engellenmeler görülmektedir (7).

4.4.4. Epizyotomi

Epizyotomi, perineumun cerrahi insizyonu olarak tanımlanır (45, 46). Epizyotomi doğumun ikinci evresinde bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve perineal laserasyonları önlemek amaçlı yapılan bir cerrahi prosedürdür. Epizyotomi mümkün oldukça açılmamalı ve doğum esnasında perine travmalarını önlemek amaçlı destek alınmalıdır (47).

Rutin olarak gerçekleştirilen epizyotominin faydası olmadığını ve doğum sonrası ağrı ve rahatsızlık, hatta anne ölümü gibi ciddi komplikasyonlara neden olabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca epizyotomi ve perineal laserasyonlar annede ağrı, enfeksiyon, kanama riskini artırarak iyileşme süresini uzatır (46). Bu nedenle rutin epizyotomiler önerilmez (48).

Al-Ghammari (2016)'nın Umman'da 11 hastanede çalışan 269 doğum uzmanı, ebe ve hemşirenin rutin epizyotomi oranını %66 olarak tespit etmiş. Çoğunluğu spontan perineal yırtılma riskini azaltmak, omuz distosi komplikasyonlarını azaltmak ve daha kolay dikişe izin vermek için epizyotomi yaptığını belirtmiştir (49).

Epizyotomi mümkün olmadıkça açılmamalıdır (49) ayrıca aktif doğum eyleminde perine masajı uygulanması epizyotomi oranlarını azalttığı tespit edilmiştir (50). Bu bağlamda kadın-doğum alanında çalışan sağlık çalışanlarının uygulamalardaki değişiklikler konusunda eğitimler almalıdır (49). Epizyotomi tüm müdahaleli vajinal doğumlarda rutin olarak yapılmamalıdır (18).

4.4.5. Epidural analjezi

Bölgesel analjezinin farklı tekniklerinden (epidural, kaudal, paraservikal, spinal) epidural analjezi normal doğum eyleminde en çok kullanılan yöntemdir. Epidural anestezinin kullanımı doğum eylemini uzatarak oksitosin kullanıma yol açmaktadır. Ayrıca dilatasyonun 5 cm den önce olduğu durumda epidural kullanılması müdahaleli doğum oranlarını arttırdığı belirtilmiştir (7, 11).

4.4.6. Kordonun erken klemlenmesi

Doğumdan sonra umbilikal kordonun ne zaman kesileceğiyle ilgili tam fikir birliği sağlanamamıştır, ancak son dönemlerde umbilikal kordon geç klemlenmesinin bebek üzerine olumlu etkileri olduğu üzerinde durulmaktadır (51). Umbilikal kordonun erken klemlenmesi kırmızı kan hücrelerinin transfüzyonunu azaltmaktadır, anneden bebeğe olan kan transfüzyonunun %50'den daha az olması ise kısa ve uzun dönemde yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilemektedir (52).

Umbilikal kordonun erken klemlenmesi, bir bebeğin doğumda aldığı kırmızı kan hücrelerini %50'den daha fazla azaltarak potansiyel kısa ve uzun vadeli yenidoğan sorunlarına neden olabilir (52).

DSÖ erken kordon klemlenmesi ve kesilmesini doğum sonu 1 dakikalık süreç olarak; geç kord klemlenmesini ise doğum sonu 2-3 dakikalık süreçte ya da umbilikal atımın sona ermesinden sonra olarak tanımlamıştır (53).

ACOG tarafından yayınlanan komite raporunda umbilikal kord klemlenmesindeki "erken" ifadesi kaldırılmış, pratikte uygulamanın doğum sonu 1-3 dakika içinde olduğu belirtilmiştir (54).

Umbilikal kordonun doğumdan en az bir dakika sonra kesilmesinin fetal sağlık üzerine birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Özellikle düşük doğum ağırlıklı prematürelde umbilikal kordon sıvazlanması plasental transfüzyonu artırıcı etki göstermektedir (51).

Bu alanda yapılan çalışmalar kordon klemplenmesi geç yapılan yenidoğanlarda anemi ve kan transfüzyonu riskinin %61 azalttığını göstermiştir (55). Preterm infantlarda gecikmiş kordon klemplenmesinin intraventriküler kanama riskinin %59 azaldığını göstermiştir (56). Gecikmiş kordon klemplenmesinin nekrotizan enterokolit görülme hızında %62 oranında azalma olduğunu göstermektedir (55, 56).

Doğumda kordonun erken klemplenmesi yenidoğanda hipovolemi ve buna bağlı hasar riski oluşturur. Kordonun 3 ile 10 dakika arasında klemplenmenin veya atım bitinceye kadar beklemenin yenidoğan üzerinde hiçbir zararı tespit edilmemiştir. Erken kordon klemplenmenin yenidoğan için daha iyi olduğuna dair kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Aksini gösteren kanıtlar elde edilene kadar doğayı taklit etmek neonatal geçişin karmaşıklığını çözmüş olacaktır (52).

4.4.7. Sezaryen

Halk arasında en çok bilinen müdahale ise sezaryen operasyonudur. Sezaryen, fetusun karın yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulması işlemidir (57). Sezaryen bir cerrahi girişimdir ve buna bağlı oluşacak tüm riskler anne adayını için bir dezavantajdır. Önceden sezaryen operasyonu obstetri ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biriydi, çünkü anne ve fetus için yaşam kurtarıcı bir değeri bulunmaktaydı (58, 59). Fakat günümüzde sezaryen oranında bir artış gözlenmektedir. Eskiden distosi, makadi prezantasyon, fetal distress önde gelen sezaryen nedenleri iken günümüzde tıbbi gereksinim olmasa bile sezaryen tercih edilmektedir (60).

Sezaryen antik çağlara dayanmaktadır. O yıllarda ameliyat ve anestezi teknikleri, gerekli ilaçlar geliştirilmediği için annenin ölümüne kesin gözüyle bakılmakta sezaryen operasyonu sadece bebeğin hayatını kurtarmak amacı ile yapılmaktaydı. Romanın ikinci kralı Numa Pompilius lex regia'sında doğum sırasında ölmüş olan gebe kadının karnı kesilmeden gömmek yasak demiş ve anne ve bebekleri ayrı bir şekilde gömülmesini emretmiştir. Bu yüzden tarihteki ilk sezaryen işlemi olarak düşünülebilmektedir (61).

Amerika'da ilk başarılı sezaryen West Virginia eyaletinde Dr. Jesse Bennett tarafından 1794 yılında gerçekleştirilmiştir. Eşi Elizabeth'i ameliyat etmiştir.1928 yılında penisilinin bulunması ve 1940 yılında ilaç olarak kullanılması sezaryen ve diğer ameliyatlarda enfeksiyon durumunu oldukça azalmıştır. 1900'lü yıllarda Prof. John Martin Munro Kerr'in sezaryen operasyonunu alt segment transver şekilde kesilmeye başlandıktan sonra enfeksiyonlar ve uterus rüptürler azalmaya başlamıştır. Böylelikle sezaryen ile doğum hekimler tarafından daha az korkulur ve daha çok tercih edilir bir ameliyat haline gelmiştir (62).

Sezaryen ifadesi Roma lideri Julius Caesar (M.Ö. 100-44) ile ilişkilendirilmiş olsa da Julius Caesar karın yoluyla doğmamıştır. Çünkü o dönemde sezaryen yapılsa dahi sadece bebek yaşar annenin yaşama olanağı yoktu. Caesar'ın annesi Caesar yetişkin yaşa gelene kadar yaşadığı bilinmektedir. Diğer ve daha mantıklı bir inanışa göre ise sezar kelimesi latince kesmek anlamına gelen "caedere" kelimesinden gelmektedir (61, 62). Sonuç tarihte anne ya da bebeğin hayatını kurtarmak amaçlı yapılan bu işlem, zamanla, tıp bilimindeki gelişmelerle anne ve bebeğin birlikte hayatını kurtarmak amaçlanmamıştır. 20. Yüzyılın başlarında şehir hayatı ile başlayan kötü beslenme, dünya savaşları, riketsiya, kemik pelviste deformite oranlarında artış, sezaryen ile doğumun daha çok gündeme gelmesine neden olmuştur (63, 64).

Uluslararası sağlık toplumu 1985'ten bu yana ideal sezaryen oranlarını %10-15 arasında olduğunu belirtmektedir. O yıllardan sonra sezaryen oranları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. Tıbben gerekli olduğunda, sezaryen perinatal mortalite ve morbiditeyi etkili olarak önlemektedir. Ancak sezaryen işleminin gerekli olmadığı durumlarda, sezaryenin anne veya çocuğa yararlarını gösteren bir kanıt bulunmamaktadır. Diğer ameliyatlarda olduğu gibi sezaryenin de kısa ve uzun vadeli etkilerinin olmasının yanı sıra yapılan doğumun sonrasında da anne, çocuk ve gelecek gebelikler için devam eden sağlık etkileri oluşturmaktadır. Bu riskler gebelik bakımı veren sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan kadınlar için daha da fazladır. Son yıllarda, hükümetler ve klinisyenler, artan sezaryenler ve sezaryenin anne ve çocuk sağlığı için oluşturduğu olumsuz sonuçlar ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Ek olarak uluslararası toplum 1985'de önerilen

sezaryen hızlarının yeniden ele alınma gereğine işaret etmektedir. Yaklaşık 30 yıldır uluslararası sağlık toplumu sezaryen hızının %10-15 olmasını ideal olarak kabul etmektedir (65).

Tüm dünyada son yıllarda sezaryen kullanımı açısından gittikçe artan bir eğilim söz konusudur. Türkiye, bu durumdan oldukça fazla etkilenmiştir. Türkiye de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır (60). Son beş yılda gerçekleşen tüm doğumların %48'i sezaryen ile gerçekleşmiştir. TNSA 2008 (%37) verilerine göre oldukça yükselmiştir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde yüzde 66 veya üzeri olan sezaryen oranı, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların iki katından daha fazladır (1).

4.4.8. Doğum eyleminde oral alımın kısıtlanması

Doğum sırasında beslenme konusundaki görüşler dünya genelinde farklılık göstermektedir. Birçok gelişmiş ülkelerde, genel anestezi sırasında mide içeriğinin aspirasyon korkusu (Mendelson's Sendromu) doğum sırasında hiçbir yiyecek ve içecek kuralını haklı göstermeye devam etmektedir (11).

Doğum sırasında beslenme desteğinin olmaması maternal dehidrasyon, ketoz, hiponatremi ve anne stresinde artışa sebep olmaktadır. Düşük riskli hastalarda Ketozu ve diğer sorunları önlemek amaçlı hastaları beslenmeye teşvik edilmelidir (66)

Birçok ülkede birkaç yıldır doğum eylemi sırasında sıvı ve gıda kısıtlaması rutinde yapılan bir işlem haline gelmiştir. Bunun nedeni doğum sırasında genel anesteziye ihtiyaç duyulması halinde mide içeriğinin regürjitasyon ve aspirasyon riskini arttırdığı endişesidir (67).

Doğum eyleminin erken evresinde prolaktin seviyesinin yükselmesi annenin iştahını arttırırken, doğum eylemi ilerledikçe oksitosinin artmasıyla kadının yeme isteği azalır. Eğer kadın aç ise bu durumda doğum eyleminin başlaması güç olur (68). Ancak doğum eylemi aktif olarak başladığında kadınlar bir şey yemek istemezler.

Bir kadının yemek yemeye ihtiyaç duyması, eylemin başlaması ya da ilerlemesi için kadının gerçekten besine ve enerjiye ihtiyacının olduğunu gösterir. Kadına bu durumda bir şeyler yiyip içmesine izin verilmezse doğum eylemi başlamayabilir ya da ilerlemeyebilir (69).

4.4.9. Sık vajinal muayene

Hemşireler ve/veya doktorlar tarafından yapılan vajinal muayene, doğumda servikal değişikliklerin belirlenmesinde ortaktır, ancak vajinal muayenelerin sınırlı olması önerilmektedir. Vajinal muayene, emziren kadını korioamniyonit için risk altına sokar (70, 71) ve Puerperal enfeksiyonlara yol açar (72).

Doğum sırasında yedi veya daha fazla vajinal muayene, yenidoğan sepsisine yakalanma olasılığının 4.5 kat artmasına neden olur ve antibiyotik tedavisi nedeniyle hastanede kalış süresini uzatır (72). Dünya sağlık örgütü mümkün oldukça vajinal muayeneye sınırlamanın gelmesini ve steril koşullara uygun bir şekilde doğumun birinci evresinde 4 saatte bir muayeneyi uygun görmüştür (11).

4.4.10. Yatağa bağımlı kalmak (hareket kısıtlılığı)

Doğum eyleminde gebelerin rastladığı en sık müdahaledir. Yatak istirahati ya da yatar pozisyonda sürekli tutulmak dilatasyonda yavaşlamaya ve uzamış doğum eylemine, kalitesiz kasılmalara, uteroplasental kan akışında azalmaya maternal hipotansiyona, vena kava sendromuna yol açar. Bu sebeplerden dolayı fetal sıkıntı ve fetal yetmezliğe bağlı sezaryen endikasyonu oluşmaktadır (7).

Doğum sırasında sınırsız hareket özgürlüğü, annenin kendisi için daha rahat bir pozisyon bulmasını sağlar, annenin ağrılarını azaltır, utero-plasental kan akımı kolaylaştırır, kasılmaların etkin kullanımını sağlar ve fetüsün inişini kolaylaştırır (6, 73).

Doğumun ilk aşamasında genellikle gebeler yatar pozisyon yerine çömelmek, dolaşmak, yürüyüş yapmak gibi özgürce hareket ederlerse doğumun birinci evresi kısalmaktadır (74).

Sonuç olarak tüm kadınlar, doğum sırasında fetüs başı angaje olmuşsa sürekli destek almaya teşvik edilmelidir, doğum boyunca istediği pozisyonda aktif bir şekilde hareket özgürlüğü sunulmalıdır (11, 75). Çünkü hareket özgürlüğü operatif vajinal doğum ihtiyacını azaltır (75).

4.4.11. Plasentanın elle çıkarılması

Normal doğum seyrinde plasenta ve eklerinin spontan ayrılması beklenir. Plasentanın elle çıkarılması maternal kan kaybını ve enfeksiyon riskini arttırmaktadır (76, 77).

4.4.12. Ten tene temas hakkının verilmemesi

Doğum sonu anne ve bebeğin bir arada bulunması anne ve bebek açısından birçok faydasının olduğu tespit edilmiştir (78). Doğum sonu bebeğin annenin göğsüne verilmesinin bebeği sakinleştirip anne ile bebeğin arasında güçlü bir bağ oluşturur (79, 80). Kanguru bakımı preterm bebeklerin solunumunu stabilize etme, anne-bebek bağını geliştirme ve maternal stresin azaltılması üzerinde olumlu etkiler. Buna ek olarak, kanguru bakımı, erken doğmuş bebekler ve anneleri bakımında Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ)'de en etkili hemşirelik müdahalelerinden biri olabilir (80).

4.4.13. Rutin damar yolu açılması

İntravenöz infüzyonların kullanımı gebenin hareket özgürlüğünü kısıtlar (74).

4.5. Doğal Doğum

Doğal doğum, gerekli olmadıkça müdahale edilmeden yapılan doğumlardır (15, 16). Gerçek doğal doğum için başarı sağlanması ve desteklenmesinin fiziksel ve zihinsel, kişisel, sosyal ve ekonomik faydaları çok büyük olabilir. Tüm dünyada ki kadınların %95'ten fazlasının doğal bir şekilde doğum yapma yeteneğine sahiptir (81). Bu durumda doğumda aktif olan hormonlar, anne ve bebeği doğuma en sağlıklı bir biçimde hazırlarlar. Gereksiz yapılan her müdahale doğumun doğal akışını bozarak bu güzel tarifi bile mümkün olmayan süreci daha riskli hale getirmektedir (15). Oysaki doğum gebe kalmak kadar doğal bir süreçtir (81).

Doğumun doğal akışını bozmazsak doğum normalleşiyor, annelere güvenli ortam sağlandığında, kadınların cesareti artıyor ve doğurmak istiyor. Doğal bir doğumdan sonra kendilerini doğumlarında tatmin olmuş, annelik içgüdüleri açığa çıkmış değişmiş olarak buluyorlar (63).

Doğal bir doğumda sağlık çalışanları izleyici olup, sağlık kontrollerini yapma dışında müdahalede bulunmamalıdır (16). Eylem sırasında gebenin aç bırakılması, amniyotomi yapılması, sık vajinal muayene, doğumunu başlatmak için indüksiyon kullanımı, doğumda kristaller manevrası yapmak, her doğumda rutin epizyotomi yapılması gebelere yatağa bağımlı hale getirmek, sürekli EFM, hatta epidural anestezi kullanılması (6) gibi müdahaleler doğumun doğal olan akışını etkiler hatta Dick Read son 200 yılda yapılan anestezi ve analjezinin muhteşem gelişimleri, doğum sırasındaki acıyı ve zararı önlemenin daha iyi, daha güvenli, daha mutlu, daha doğal yollarını kör etmek için kullanıldığını söyler (81).

Doğum sırasında müdahale edilmeden sadece destek olma spontan vajinal doğumu arttırdığı sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarını azalttığı, travayda analjeziye daha az istek duyulduğunu ortaya koymuştur (6, 10).

Yapılan her müdahale gebenin stres ve kaygı düzeyini artırır. Stres aynı zamanda oksitosin, prostoglandin, hormonlarının salınımını arttırıp, beta-endorfin, progesteron

gibi hormonların salgılanmasını azaltır ve buna bağılı olarak da olumsuz doğum sonuçlarına yol açabilir (82).

Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenın doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Doğumda gereksiz yapılan müdahaleler doğumun işleyişı ve hormonların salınımı üzerine negatif etkileri vardır. Zaten doğal doğumu üstün kılan bu hormonların salgılanmasıdır. Bu hormonlar içinde en etkili olan iki hormon oksitosin ve endorfindir (14, 83).

Doğal doğumu desteklemek, modern tıbbı ret etmek ve karşısında olmak gibi düşünülmemelidir çünkü gebelik ve doğum hastalık değil normal fizyolojik bir olaydır. Doğum eyleminde yapılacak müdahaleler gerçekten endikasyon varlığında yapılmalı ve medikal tedavi gereken koşullarda verilmelidir (6, 14).

Doğuma hazırlanırken, doğumun doğal, fizyolojik bir süreç olduğu bilgisinden yola çıkarak normal doğuma inanan ve saygı duyan, bu işi zevkle yapan eğitimcilerden eğitim alması, doğumun kendi doğal süreçlerine sabırla, inançla hazırlanması en temel adımdır. Kendi bedeninin içgüdüsel ritmine inanan ve kendi doğumuna aktif olarak katılan bir kadın için doğum korkulan bir olaydan çok zevk duyulan bir olgu haline gelir (63, 83).

Dick-Read doğumda ağrı-gerginlik-korku çemberinden bahseder ve derki; Korkunun bedende ve korku sırasında özellikle rahimde gerginliğe sebep olduğunu, gerginliğin doğal doğum sürecini engellediği, doğumu uzattığını ve kadınların çok fazla ağrı yaşadıklarını dile getirmiş ve şunu eklemiştir. Doğum doğal bir süreçtir. Doğum sırasında korku ve gerginlik olmazsa ve doğumun doğasına müdahale olmazsa kadının vücudunda doğumu kolaylaştıracak birçok hormon salgılanmaktadır. Bu hormonlar doğum sürecinde azalarak artarak ritmik bir şekilde işleyişı takip ederek gerçekleştirilmesine vesile olurlar (84).

Doğum korkusu gebelerde oldukça sık görülen bir problemdir. Doğumda yaşanan korku, önemli sorunlara yol açmakla birlikte kadınların sezaryeni tercih etmelerine

ve sezaryen oranının gitgide artmasına sebep olmaktadır (85). Doğumda aktif rol alan sağlık çalışanları gebe kadına farklı pozisyonlar vermeli, ılık bir duş alması sağlanmalı, soğuk ve sıcak uygulama, masaj yapılması, oda ısısının ve ışığının ayarlanması, müzik dinleme, oral alımın desteklenmesi sağlanmalı ve bu uygulamaları yapmaya teşvik edilmelidir çünkü (8). Çünkü fiziksel çevrenin düzenlenmesi, doğum eylemi boyunca fiziksel desteğin sağlanması kadının doğumda rahat hissetmesini sağlamakta, doğum sürecini kolaylaştırmakta ve doğumdan memnuniyetini arttırmaktadır (86).

4.6. Doğumun Hormonal Yapısı

Doğuma müdahale edilmediğinde ve korku oluşmadığında vücudumuzda doğumu kolaylaştıran hormonlar salgılanmaktadır. Doğum sırasında ağrının temel sebebi korku stres ve gerginliktir. Mümkün oldukça doğuma müdahale edilmeden sağlık çalışanları tarafından güven veren bir ortamda teknolojiden mümkün oldukça faydalanmadan, hoşgörülü, saygı duyularak mahremiyete önem vererek, koruyucu ve destekleyici bir ekiple gerçekleştirilen doğumlarda gebe hormonları daha aktif kullanarak aktif bir doğum yapmış olur. Fiziksel, sözlü veya kötü tutum içeren imalar korku, gerginlik ve ağrıyı tetiklemektedir (81). Doğum hormonlarının birbirleriyle etkileşimleri, uyum içerisinde salgılanmaları doğumun doğal yapısının korunması için esastır. Doğumda annenin ve bebeğin doğası gereği salgıladıkları hormonlarla sağlıklı bir doğum, doğum sonrası ve emzirme açısından koruma altına alınmalıdır (63).

4.6.1. Doğal oksitosin (sevgi hormonu)

Hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosin, termde bir uterusu myometrial aktiviteyi sağlamada ve laktasyonda süt kanallarının kasılmasında rol alır. Oksitosin, büyük bir kısmı beyinden salgılanan, insanda gerginlik duygusunu azaltan, aynı zamanda antidepresif etkileri olan nörohormondur (12). Oksitosin hormonu doğum sırasında, özellikle kadınların duygusal destek gördüğü olumlu koşullar altında daha etkin olarak salgılandığı ve uterusun düzenli bir şekilde kasılmasına neden oluyor. Kadınların yanında doğum sırasında kendisine yardımcı olan insanlara güveni

arttikça oksitosin artar, buna bağlı olarak teslimiyet duygusu artar ve buda doğumun daga kolay geçmesine neden olur. Ayrıca oksitosin hormonu bağlanma duygusunu tetikleyerek doğum sonu anne ve bebek arasında ki bağı gclendiriyor. Oksitosin hormonu sarılmak, dokunak, masaj, güzel kokular, sevgiyle bakışmak oksitosin hormonunu artırıyor kısacası zevk alınan her türlü durumda oksitosin hormonu salgılanmaktadır. Oksitosin hormonu utangaç ve özel bir hormondur. Işıktan, gzlenmekten ve gürültüden hoşlanmaz. Aksine huzurlu, sessiz ve güven veren ortamları sever. Stres, gerginlik ve korku oksitosin salgılanmasına engel olur. Bu nedenle doğuma dair olumlu düşünmeler ve korkulardan arınma oksitosinin salgılanmasını sağlayan doğal bir yöntemdir (15, 63, 83, 87).

4.6.2. Beta-Endorfinler

Endorfin vücudun doğal ağrı kesicisidir. Doğum sırasında stres ve ağrıya karşı cevap olarak doğal yoldan salgılanır. Ağrı ve stresle karşılaşıldığında, vücutta hem stres hormonları hem de beta-endorfinler salgılanır. Böylece yeni duruma karşı adaptasyon sağlanmış olur. Özellikle beyin dokusunda etkilidirler. Kuvvetli ağrı kesici özellikleri vardır. Stresin etkisini azaltarak mutluluk, memnuniyet ve güven duygusunu yayar ve iyilik duygusunu oluşturur. Doğuma hazırlanırken giderek artan ve doğumda kontraksiyonların başlamasına yol açan oksitosin hormonu beta-endorfinleri artırır (15, 16, 63). Normal yaşamda yapılan egzersizler endorfin salgılanmasına neden olur ve egzersizler sırasında mutlu olmamızı sağlar bu yüzden doğum sırasında gebeye hareket özgürlüğü sağlanarak endorfin salgılanmasına olanak tanınır. Ayrıca doğum esnasında uterus kasılıp gevşemesiyle de beden egzersiz yapıyormuş algısı oluşur ve endorfin miktarında hızlı bir yükselme görülür ve bebeğin doğduğu anda annenin ıkınmasıyla en yüksek düzeye ulaşır. Doğasına müdahale edilmeyen doğum eyleminde endorfin hormonu oksitosin hormonuna paralel olarak artış göstermektedir. Eylem sırasında endorfin düzeyi çok önemlidir. Doğum esnasında oksitosin miktarından fazla salgılanması doğum eyleminin yavaşlamasına neden olmaktadır. Kısaca gebenin travay esnasında aşırı korku ve stres yaşaması olumsuz duygular oluşturması beta-endorfinleri daha fazla artırır, bu

da doğumu durdurur ya da başlamasına engel olur belli bir seviyede salgılanması fizyolojiktir ve çok işe yarar (12, 15, 16, 63, 83).

Endorfinler, doğumda oksitosinle beraber hızlı bir artış gösterir. Doğum esnasında yüksek seviyede olması gebenin doğum sonu kendini çok iyi hissetmesini sağlar, bebeğini büyük bir mutlulukla kucağına alır ve emzirme işlemi gerçekleştirdiğinde bebeğine sütle geçen beta-endorfinler bebeğinde doğum sonu rahatlamasını, emmekten büyük bir keyif alıp anneye bağlanmasını sağlamaktadır (63). Bu da doğum sonu ten tene temasın ve emzirmenin önemini bir kez daha vurgulamaktadır (15).

4.6.3. Adrenalin ve noradrenalin (heyecan hormonu)

Genel olarak hayatımızın her anında bir tehlike ya da stresle karşılaştığımızda bize yardımcı olan hormondur. Adrenalin ve noradrenalin “dövüş ya da kaç” hormonları olarak tanımlanır. Bu hormonlar korku, anksiyete, soğuk, heyecan ve açlık durumunda bedenimizin ortaya çıkan stres durumu karşısında kaçmasını ya da orada kalarak savaşmasını sağlayacak tepkileri oluşturur. Aşırı stres ve korku yaşayan gebede uterusu giden kan miktarı azalır, bebeğe daha az oksijen gider ve stres bebeğe geçer (63).

Müdahale edilmemiş bir doğum eyleminde adrenalin ve noradrenalin düzeyi yavaş ve kademeli olarak artar ve bebeğin doğum kanalından çıktığı anda en üst düzeye ulaşır. Artan adrenalin seviyesiyle beraber nefes alıp vermek sıklaşır, ağız kuruluğu oluşur, birşeylere tutunma, asılma güç alma hissi oluşur, ya da ağaya kalkmak daha dik pozisyona geçmek istenir. Doğal salgılanan adrenalin hormonu oksitosin hormonuna eşlik eder. Bu sırada aniden korku ve heyecan duyulabilir ve doğum için güçlü ıkmaya ile beraber doğum gerçekleşir. Doğumda yükselen adrenalin hormonu plasental yoldan bebeğe geçerek bebeği doğum sonu dış ortama alışmasına hazırlar. Bebeğin akciğerlerindeki sıvının temizlenmesini ve akciğerde surfactan maddesinin salgılanmasını artırır. Bebeğin hayati organlarına kan akımını sağlar. Bebeğin akciğerinde glukoz depolanmasını sağlayarak doğum sonu kan şekeri

düşmemesi için hazırlıklar yapar ve bebeğin ısı regülasyonunu sağlar. Müdahalesiz bir doğum sonrası bebek anne ile ilk buluştuğu anda adrenalini seviyesi yavaş yavaş düşer ve bebek sakinleşir, annede ise aniden üşüyebilir hatta istemsiz bir şekilde vücut tepki olarak titreyebilir (12, 15, 16, 63, 83).

4.6.4. Prolaktin (süt hormonu)

Prolaktin, hipofiz bezinden salgılanan annelik hormonudur. Gebelik, doğum ve doğum sonrasında fiziksel ve duygusal anlamda davranışsal etkileri vardır. Esas olarak annede, süt üretiminin temel hormonudur. Plasentadan salgılanan 'plasenta laktojen hormonu' ve 'büyüme hormonu' etkisi altındadır. Prolaktin hormonu erken gebelik aylarında gebeliğin devamı destekler ve stres giderici etkisi vardır. Doğum sonu annenin bebeği ile kuvvetli bağ kurmasını sağlar. Yeni doğan bebeğe anne sütüyle geçerek bebeğin gelişmesine katkıda bulunur. Ayrıca gebelik başlarında artan prolaktin seviyesi doğumun sonlarına doğru düşüş gösterir. Doğum kendiliğinden müdahale edilmeden başlarsa, prolaktin düzeyinde hızla artmaya başlar. Bu artış dilatasyona yardımcı olurken, uterus kontraksiyonlarında başlamasına yardımcı olmaktadır. Stres hormonları arttıkça prolaktin seviyesi düşer bu durumda da emzirme gecikir (63, 83, 88).

5. METOD VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, sağlık çalışanlarının doğal doğum ile ilişkili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır. Deneklerin var olan özelliklerine hiçbir değişiklik yapılmaksızın veri toplanarak, var olan durum hakkında deneklerin görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda Adana ve Siirt illerindeki sağlık çalışanların doğal doğum hakkındaki bilgi ve tutumları değerlendirildiğinden dolayı çalışma betimsel tarama modeline dayanmaktadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, sezaryen oranı farklı olan Adana ili ve Siirt illerinde bulunan hastanelerde yapılmıştır. Araştırmanın yapılması için kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırılmaya başlanmıştır. Araştırma verileri; Ocak-Aralık 2015’de hastanelerin kadın doğum servisinde görev yapan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

Araştırma alanı olarak Adana ve Siirt illerinin tercih edilmesindeki neden sezaryen oranlarının farklı olmasıdır. Sağlık bakanlığının yapmış olduğu araştırmada 2014 yılı Siirt ilindeki sezaryenlerin toplam doğumlar içindeki yüzdesi %22 iken Adana ilindeki sezaryenlerin toplam doğumlar içindeki yüzdesi %64’dür.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Adana ve Siirt illeri hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde 2015 yılı kadın-doğum personel sayıları göz önüne alınmıştır. En az altı aydır kadın-doğum kliniğinde çalışan sağlık çalışanları örneklem grubuna dâhil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü Adana ve Siirt illeri için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Evrendeki eleman sayısı bilindiğinden dolayı örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Burada;

N; evrendeki birey sayısı, n; örnekleme alınacak birey sayısı,

p; incelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı),

q; incelenen olayın görülme sıklığı (**1 - p**),

t; belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer,

d; olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapmadır. Eşit olasılık seçimi yapıldığında (**p = 0.5, q = 0.5**)

örneklem genişliği Adana için;

$$n_{Adana} = \frac{204 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 203 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 133.470,$$

Siirt için;

$$n_{Siirt} = \frac{180 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 179 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 122.787$$

formülünden hesaplanmıştır. Evreni temsil eden minimum örneklem büyüklüğü %5 sapma ve %95 güven aralığında Adana ili için 133, Siirt ili için ise 123 olarak hesaplanmıştır.

Minimum örneklem genişliği hesabı gerek il bazında gerek il ayrımı yapmadan meslek grupları üzerinden yapılmıştır. İl bazlı meslek gruplarına göre örneklem

hacmi hesaplanırken, illerdeki görev dağılımları esas alınmıştır. Yani, Siirt ilinde kadın doğumda 30 hekim, 60 ebe, 90 kadın doğumda staj yapmış öğrenci, Adana için hekim 34, ebe 70, stajyer sayısı ise 100'dür.

$$n_{Adana,doktor} = \frac{34 \times (1.96)^2 \times 0.17 \times 0.83}{(0.05)^2 \times 33 + (1.96)^2 \times 0.17 \times 0.83} = 29,61$$

$$n_{Adana,ebe-hemşire} = \frac{70 \times (1.96)^2 \times 0.34 \times 0.66}{(0.05)^2 \times 69 + (1.96)^2 \times 0.34 \times 0.66} = 57,47$$

$$n_{Adana,stajyer} = \frac{100 \times (1.96)^2 \times 0.49 \times 0.51}{(0.05)^2 \times 99 + (1.96)^2 \times 0.49 \times 0.51} = 79,33$$

$$n_{Siirt,doktor} = \frac{30 \times (1.96)^2 \times 0.17 \times 0.83}{(0.05)^2 \times 29 + (1.96)^2 \times 0.17 \times 0.83} = 26,56$$

$$n_{Siirt,ebe-hemşire} = \frac{60 \times (1.96)^2 \times 0.33 \times 0.67}{(0.05)^2 \times 59 + (1.96)^2 \times 0.33 \times 0.67} = 51,51$$

$$n_{Siirt,stajyer} = \frac{90 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times 89 + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = 73,22$$

İl ayrımı yapmadan meslek gruplarına göre minimum örneklem genişliği hesaplandığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

$$n_{Doktor} = \frac{64 \times (1.96)^2 \times 0.17 \times 0.83}{(0.05)^2 \times 63 + (1.96)^2 \times 0.17 \times 0.83} = 49,37$$

$$n_{Ebe-hemşire} = \frac{130 \times (1.96)^2 \times 0.34 \times 0.66}{(0.05)^2 \times 129 + (1.96)^2 \times 0.34 \times 0.66} = 94,97$$

$$n_{Stajyer} = \frac{190 \times (1.96)^2 \times 0.49 \times 0.51}{(0.05)^2 \times 189 + (1.96)^2 \times 0.49 \times 0.51} = 126,82$$

Minimum örneklem genişlikleri belirlendikten sonra anket formları çalışanlara dağıtılmış ve son aşamada Adana ilinden 170 (30 hekim, 59 ebe, 81 stajyer), Siirt

ilinden 155 (30 hekim, 50 ebe, 75 stajyer) kadın doğum sağlık çalışanı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

5.4. Araştırma Sorusu

- 1- Doğum alanında çalışan sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen hakkındaki bilgileri nasıldır?
- 2- Sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojisini etkileyen uygulamalar hakkındaki tutumları nasıldır?

5.5. Veri Toplama Araçları

Kadın-doğum kliniğinde çalışan ve örneklem seçim kriterlerine uyan sağlık çalışanlarına araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır. Veri toplama formları, araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına birebir yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Verilerin toplanmasına Ocak 2015 tarihinde başlanmış, haftanın belirli günlerinde ve örneklem sayısına ulaşıncaya kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşaması Aralık 2015 tarihinde sona ermiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan Veri Toplama Formu (EK 1) kullanılmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümü katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini belirlemek için oluşturulan 11 soru yer almaktadır. Doğumun doğal fizyolojisini olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilecek önermeler literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu önermelere sağlık çalışanlarının katılıp katılmadıkları sorulmuştur.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma için gerekli veriler örnekleme uygulanan anketler yoluyla elde edilmiş ve elde edilen ham veriler bilgisayara aktarılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda, SPSS 22.0 (*Statistical Package for The Social Science*) programından

yararlanılmıştır. Örnekleme yer alan sağlık çalışanlarının demografik ve diğer özelliklerini belirlemek amacı ile frekans dağılımları belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının görüşlerine göre bölge kadınlarının normal doğum ya da sezaryen doğumu tercih etme nedenlerini belirlemek için frekans analiz uygulanmış ve betimsel istatistiklerden (ortalama, standart sapma) yararlanılmıştır. Grafikselleştirimler Excel ortamında elde edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları İl'e ve görev türlerine göre bölge kadınlarının sezaryen doğumu tercih etme nedenleri, normal doğumu tercih etme nedenleri ve doğum uygulamalarının farklılık gösterip göstermediği için ileri analiz tekniklerinden Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (AN=VA) kullanılmıştır. Araştırma boyunca ileri analizler önem düzeyleri 0,01 ve 0,05 olarak alınıp değerlendirilmiştir.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, araştırmanın yapıldığı hastanede ve araştırma yapılan tarih aralığı ile sınırlı olup topluma genellenemez.

6. BULGULAR

Sezaryen oranları farklı iller olan Adana'dan 170 (%52.3), Siirt'ten 155 (%47.7) olmak üzere toplam 325 sağlık çalışanı araştırmaya dâhil olmuştur. İle göre örneklem dağılımlarının benzer olduğu gözlenmiştir. Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir;

6.1. Sağlık alışanlarının tanımlayıcı zellikleri

6.2. Sağlık alışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumlu etkileyen uygulamalara yönelik tutumlarına ilişkin bulgular

6.3. Sağlık alışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumsuz etkileyen uygulamalara yönelik tutumlarına ilişkin bulgular

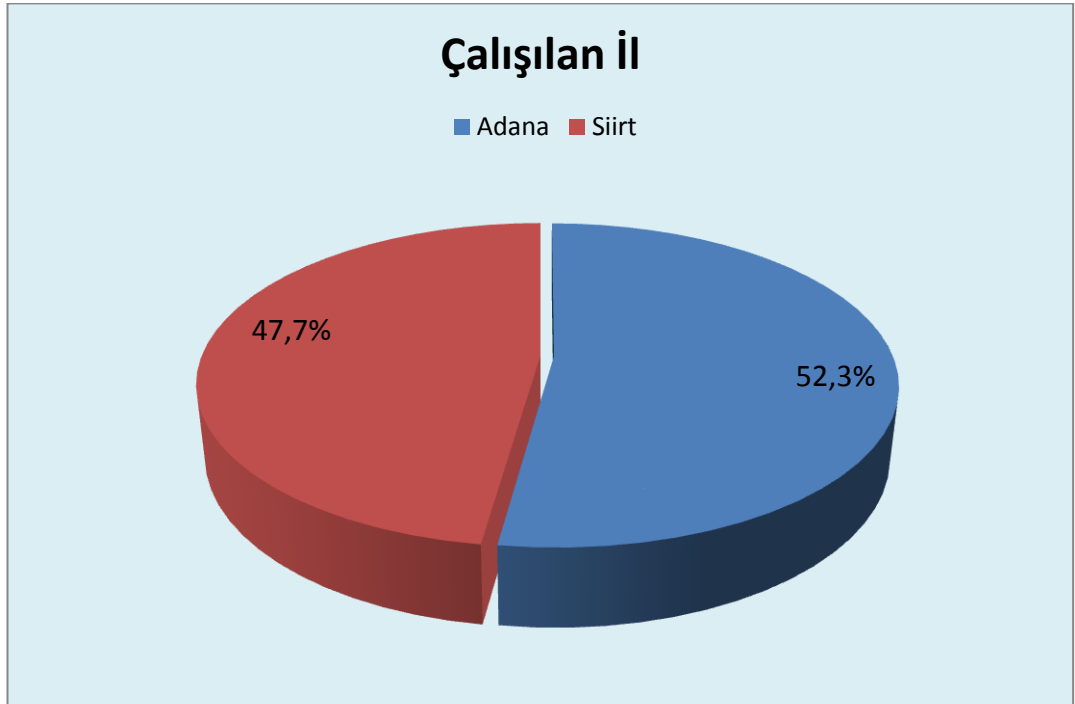
6.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının, görev yaptıkları il, cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, vb. gibi özelliklerinin örneklem içerisindeki oranları belirlenmiştir.

Tablo 6.1.1. Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları İllere İlişkin Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Adana	170	52.3
Siirt	155	47.7
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının çalıştıkları illere ilişkin frekans dağılımları Tablo 6.1.1’de verilmiştir. Sağlık çalışanının %52.3’ü Adana ilinden örnekleme dâhil olurken, %47.7’si Siirt ilinden araştırmaya dâhil olmuştur. İle göre örneklem dağılımlarının benzer olduğu gözlenmiştir. Çalışılan ile ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.1’de verilmiştir.

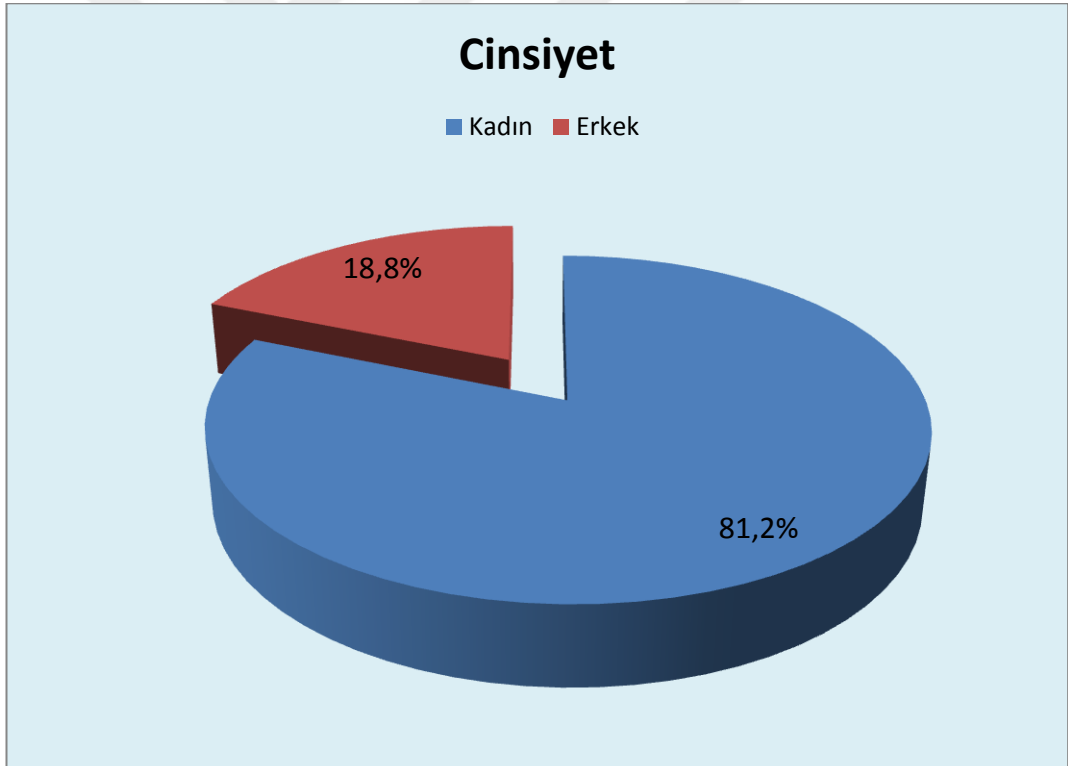


Şekil 6.1.1. Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları ile ilişkin pasta grafiği

Tablo 6.1.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine İlişkin Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Kadın	264	81.2
Erkek	61	18.8
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine ilişkin frekans dağılımları Tablo 6.1.2’de verilmiştir. Örneklemin %8.2’si kadın sağlık çalışanından oluşurken, %18.8’i erkek sağlık çalışanından oluşmaktadır. Cinsiyete göre örneklem dağılımında kadınların erkeklere oranla oldukça yüksek olması görev dağılımları göz önüne alındığında beklenen bir durumdur. Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.2’de verilmiştir.

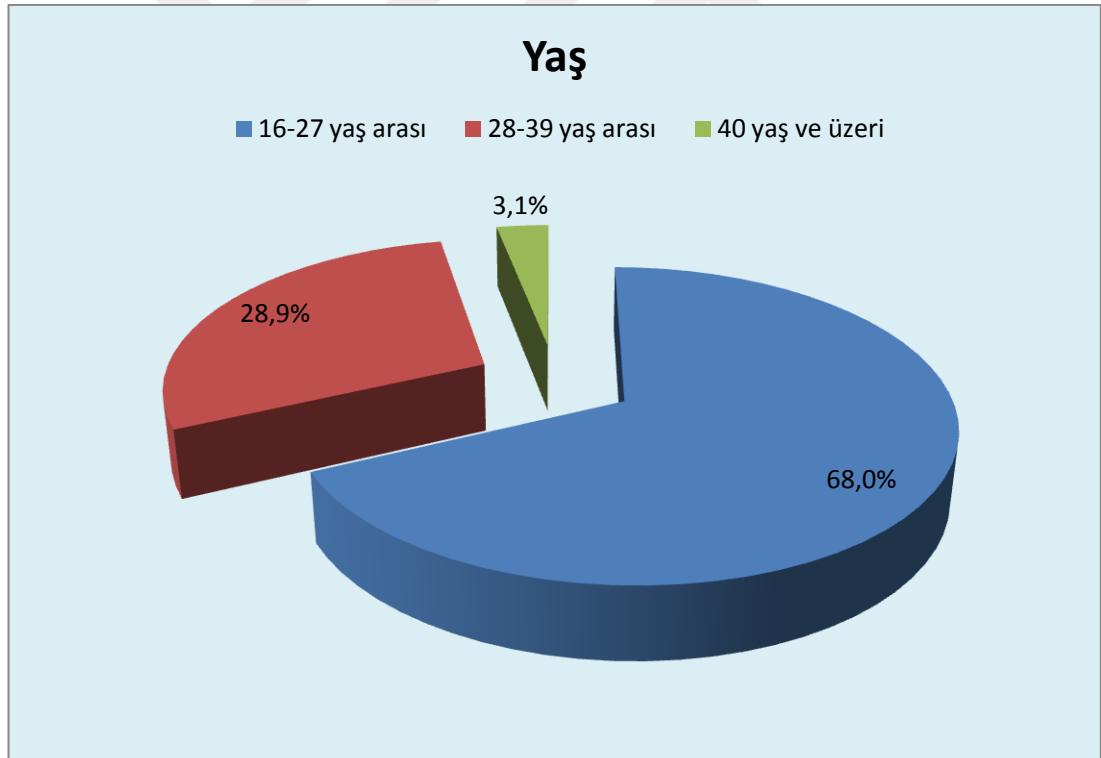


Şekil 6.1.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine İlişkin Pasta Grafiği

Tablo 6.1.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Dağılımları

	Sayı	Yüzde
16-27 yaş arası	221	68.0
28-39 yaş arası	94	28.9
40 yaş ve üzeri	10	3.1
Toplam	325	100.0

Tablo 6.1.3’de görüldüğü üzere, örneklemin %68.0’i 16-27 yaş arasındaki sağlık çalışanından, %28.9’u 28-39 yaş arası sağlık çalışanından, %3.1’i ise 40 yaş ve üzeri olan sağlık çalışanından oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 25.234 ± 6.855 (min: 16- max: 50) olarak hesaplanmıştır. Örneklemin yaş dağılımı oldukça gençtir. Sağlık çalışanlarının yaşlarına ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.3’de verilmiştir.

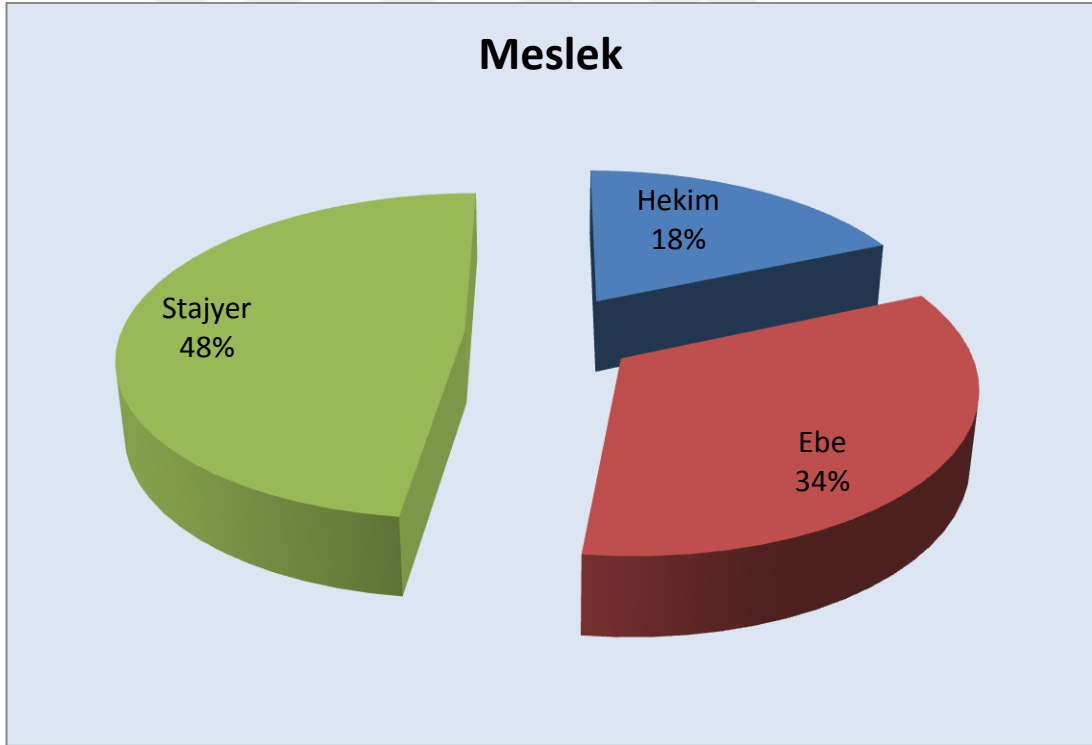


Şekil 6.1.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Sütun Grafiği

Tablo 6.1.4. Sağlık Çalışanlarının Görevlerine İlişkin Frekans Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Hekim	60	18.5
Ebe	109	33.5
Stajyer	156	48.0
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının görevlerine ilişkin frekans dağılımları Tablo 6.1.4’de verilmiştir. Örneklemin %18.5’i hekimlerden, %33.5’i ebelerden, %48,0’i ise kadın doğum biriminde staj yapan ebelik öğrencilerinden oluşmaktadır. Göreve göre örneklem dağılımında stajyer öğrenciler ve ebeler hekimlere göre daha çok yer almıştır. Sağlık çalışanlarının görevlerine ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.4’de verilmiştir.

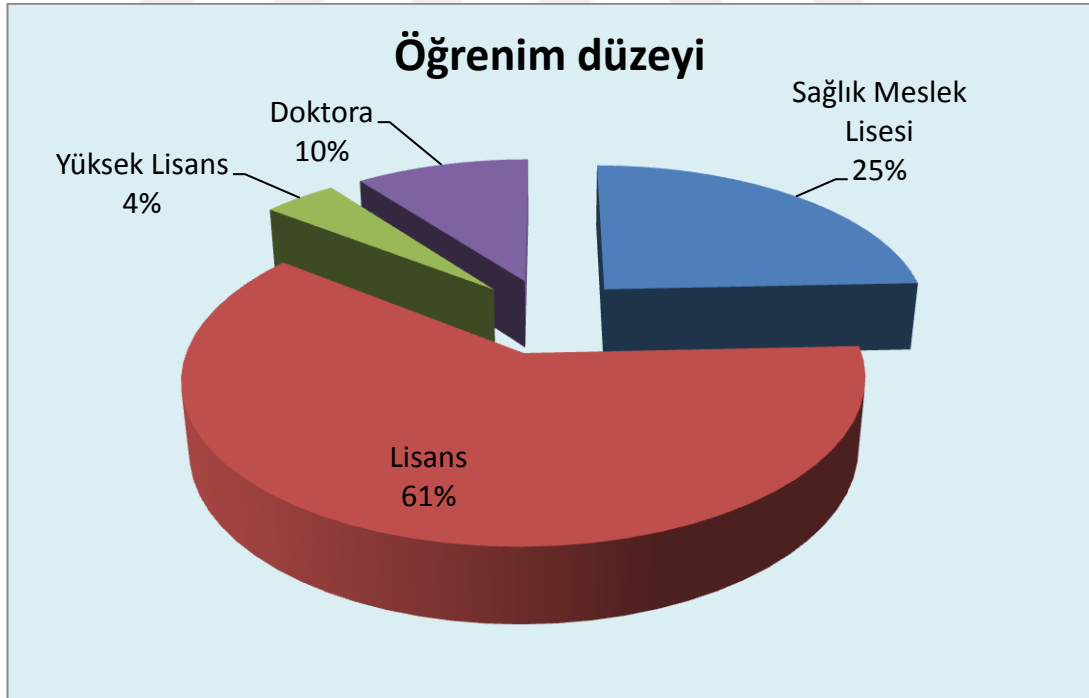


Şekil 6.1.4. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine İlişkin Sütun Grafiği

Tablo 6.1.5. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Sağlık Meslek Lisesi	79	24.3
Lisans	199	61.2
Yüksek Lisans	14	4.3
Doktora	33	10.2
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının öğrenim düzeylerine ilişkin frekans dağılımları Tablo 6.1.5’de verilmiştir. Örneklemin %24.3’ü sağlık meslek lisesi mezunu olan sağlık çalışanlarından, %61.2’si lisans mezunu sağlık çalışanlarından, %4.3’ü yüksek lisans mezunu olan sağlık çalışanlarından ve %10.2’si doktora mezunu olan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Eğitim durumuna göre örneklem dağılımında lisans mezunu olan sağlık çalışanları daha çok yer almıştır. Sağlık çalışanlarının öğrenim düzeylerine ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.5’de verilmiştir.

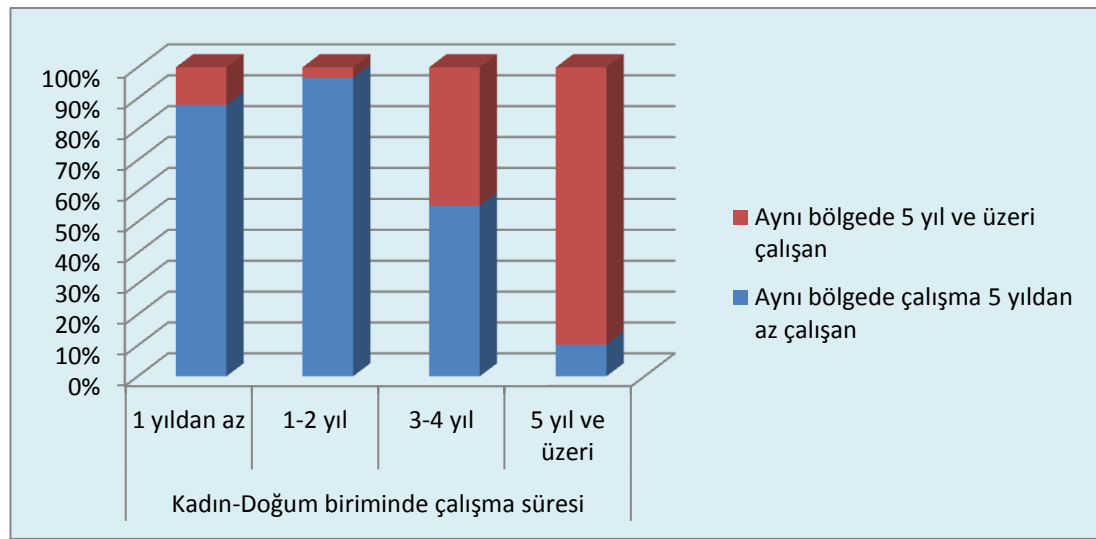


Şekil 6.1.5. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına İlişkin Sütun Grafiği

Tablo 6.1.6. Coğrafi Bölgede Çalışma Yılı İle Kadın-Doğum Biriminde Çalışma Yılları Çapraz Tablo

		Kadın-Doğum Biriminde Çalışma Yılı					Toplam
		1 yıldan az	1-2 yıl	3-4 yıl	5 yıl ve üzeri		
Coğrafi Bölgede Çalışma Yılı	5 yıldan az	n	35	140	71	23	269
		%	13.0	52.0	26.4	8.6	100.0
	5 yıl ve üzeri	n	1	1	12	42	56
		%	1.8	1.8	21.4	75.0	100.0
Toplam		n	36	141	83	65	325
		%	11.1	43.4	25.5	20.0	100.0

Tablo 6.1.6’da anket formunda yer alan coğrafi bölgedeki çalışma yılı ile kadın-doğum alanındaki çalışma yılına ait çapraz tablo verilmiştir. 5 yıldan az zamandır aynı coğrafi bölgede çalıştığını belirten sağlık çalışanlarının %13’ü 1 yıldan az süredir kadın doğumda çalıştığını belirtirken, %52’si 1-2 yıldır, %26.4’ü 3-4 yıldır, %8.6’sı ise 5 yıl ve daha fazla zaman kadın doğumda çalıştığını belirtmiştir. 5 yıl ve daha fazla zamandır aynı coğrafi bölgede çalıştığını belirten sağlık çalışanlarının %1.8’i 1 yıldan az süredir kadın doğumda çalıştığını belirtirken, %1,8’i 1-2 yıldır, %21,4’ü 3-4 yıldır, %75’i ise 5 yıl ve daha fazla zaman kadın doğumda çalıştığını belirtmiştir.

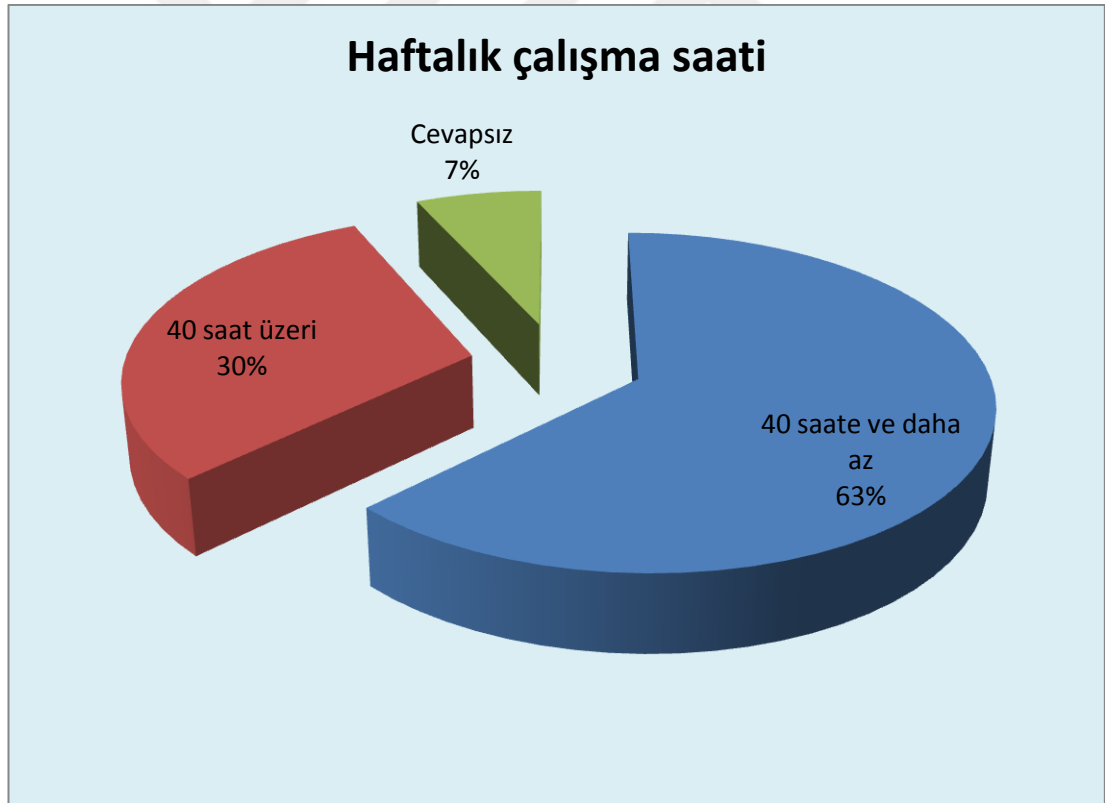


Şekil 6.1.6. Coğrafi Bölgede Çalışma Yılı İle Kadın-Doğum Biriminde Çalışma Yılları Sütun Grafiği

Tablo 6.1.7. Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine İlişkin Dağılımları

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
40 saate ve daha az	204	62.8	67.3
40 saat üzeri	99	30.5	32.7
Cevapsız	22	6.8	
Toplam	325	100.0	

Tablo 6.1.7'den görüldüğü üzere, örneklemin %62.8'i haftalık 40 saate veya da az, %30.5'i 40 saatten fazla çalışan sağlık çalışanlarından oluşurken %6.8'i haftalık çalışma saatini belirtmemiştir. Buna göre araştırmaya dahil olan sağlık çalışanlarının haftalık ortalama çalışma süresi 43.076 ± 30.380 (min: 6 - max: 144) saattir. Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatlerine ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.7'de verilmiştir.



Şekil 6.1.7. Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine İlişkin Pasta Grafiği

Tablo 6.1.8. Sağlık Çalışanlarının Ya Da Eşlerinin Daha Önce Doğum Yapma Durumlarına İlişkin Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Evet, doğum yaptım	99	30.5
Hayır, doğum yapmadım	226	69.5
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının kendilerinin yada eşlerinin daha önce doğum yapıp yapmadıklarına ilişkin frekans dağılımları Tablo 6.1.8’de verilmiştir. Örneklemin %30.5’i kendisi ya da eşi doğum yapan sağlık çalışanından olurken, %69.5’i kendisi ya da eşi daha önce doğum yapmamış sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Yaş dağılımları da dikkate alındığında örneklemin doğum yapmayan çoğunluktan oluşması normal bir durumdur. Sağlık çalışanlarının doğum yapıp yapmamalarına ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.8’de verilmiştir.

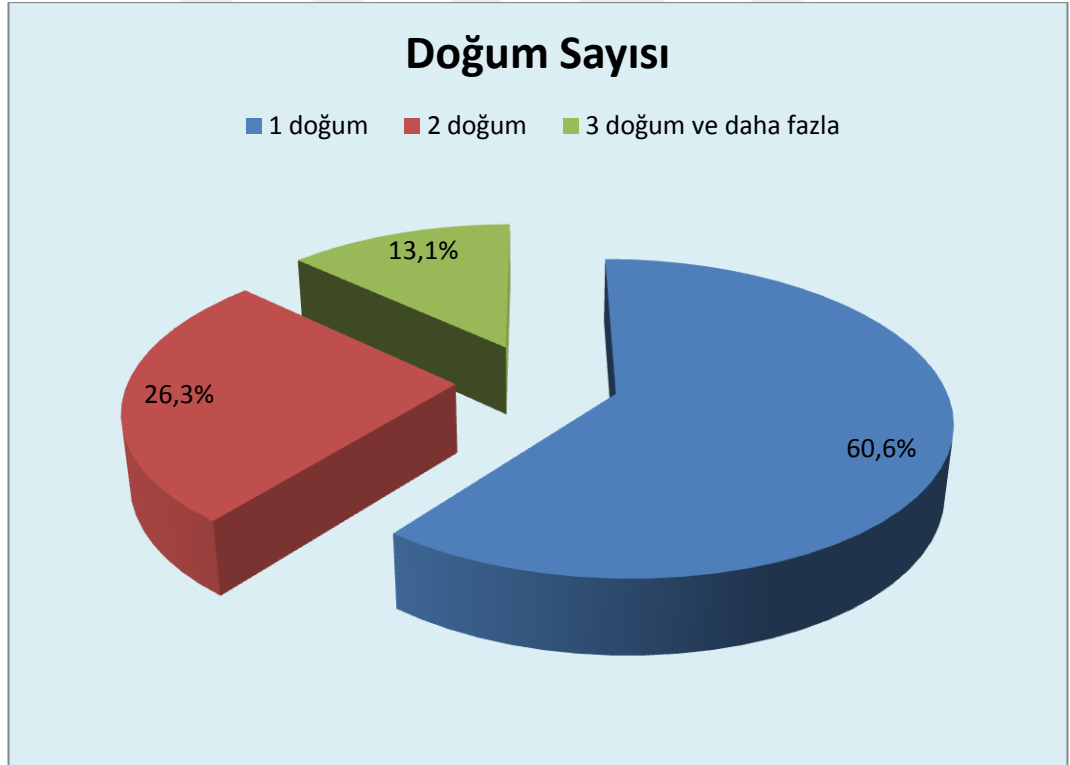


Şekil 6.1.8. Sağlık Çalışanlarının Daha Önce Doğum Yapıp Yapmadıklarına İlişkin Pasta Grafiği

Tablo 6.1.9. Eşi Veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Sayılarına İlişkin Frekans Dağılımları

	Sayı	Yüzde
1 doğum	60	60.6
2 doğum	26	26.3
3 doğum ve daha fazla	13	13.1
Toplam	99	100.0

Daha önce kendisi ya da eşi doğum yaptığını belirten 99 sağlık çalışanının yaptıkları doğum sayıları Tablo 6.1.9’da verilmiştir. Buna göre kendisi ya da eşi doğum yaptığını belirten çalışanların %60.6’sı 1 doğum, %26.3’ü 2 doğum, %13.1’i ise 3 ve daha fazla doğum gerçekleştirmiştir. Daha önce kendisi ya da eşi doğum yapan sağlık çalışanlarının doğum sayılarına ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.9’da verilmiştir.

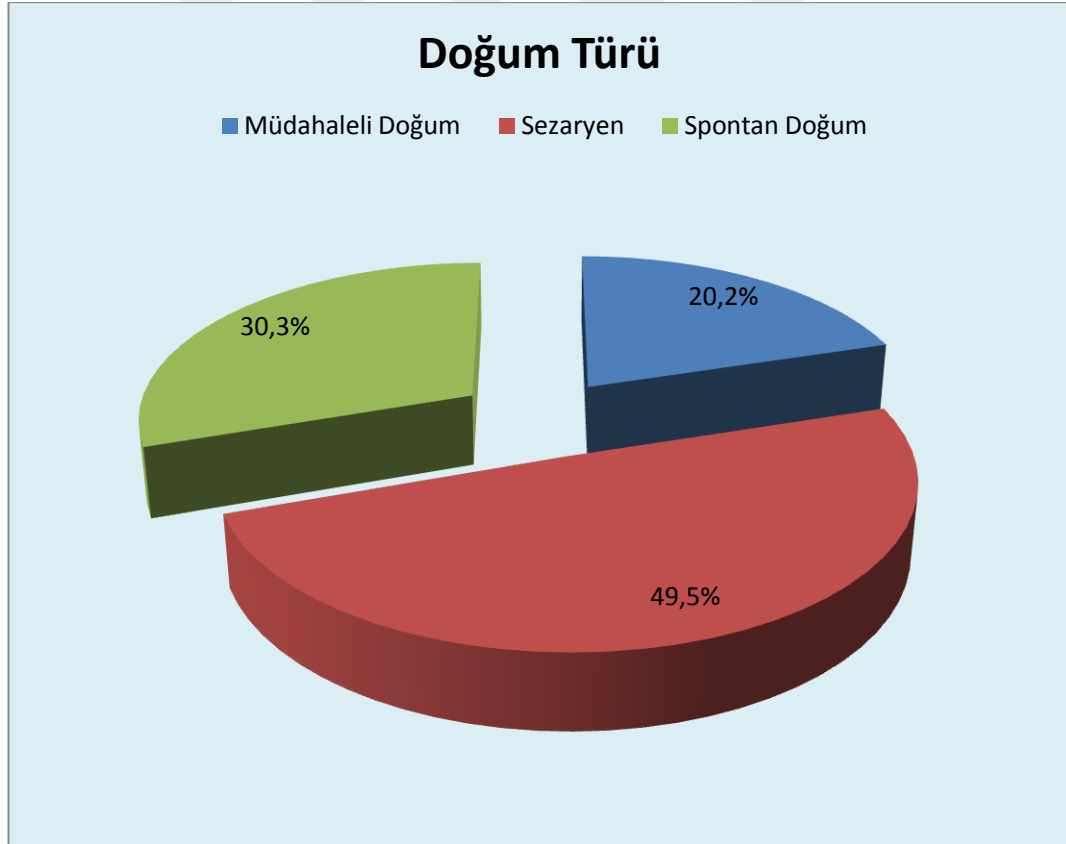


Şekil 6.1.9. Eşi Veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Sayıları Sütun Grafiği

Tablo 6.1.10. Eşi veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekillerine İlişkin Frekans Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Müdahaleli Doğum	20	20.2
Sezaryen	49	49.5
Spontan Doğum	30	30.3
Toplam	99	100.0

Daha önce kendisi ya da eşi doğum yaptığını belirten 99 sağlık çalışanının yaptıkları doğum türü Tablo 6.1.10'da verilmiştir. Buna göre kendisi ya da eşi doğum yaptığını belirten çalışanların %20,2'si müdahaleli doğum (indüksiyon, epizyotomi, vakum, vb.), %49,5'i sezaryen, %30,3'ü ise normal spontan doğum gerçekleştirmiştir. Daha önce kendisi ya da eşi doğum yapan sağlık çalışanlarının doğum türlerine ait grafiksel gösterim Şekil 6.1.10'da verilmiştir.

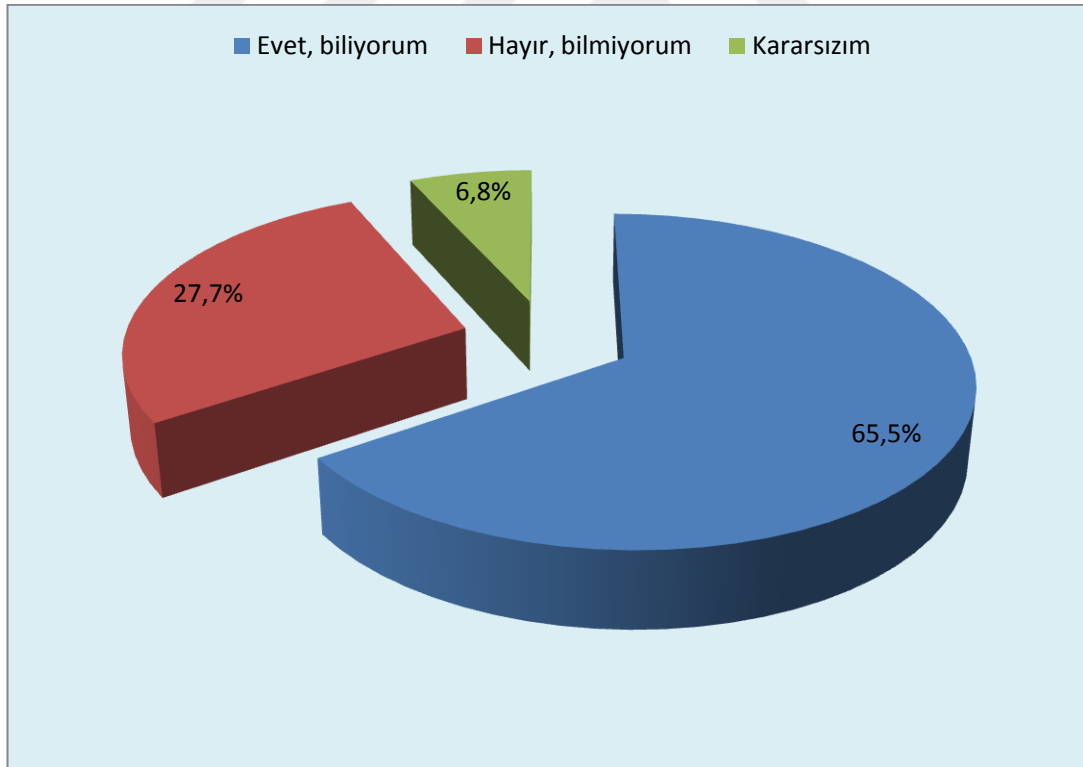


Şekil 6.1.10. Eşi veya Kendi Daha Önce Doğum Yapan Sağlık Çalışanlarının Doğum Türü Sütun Grafiği

Tablo 6.1.11. “Türkiye’nin Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranına Sahip 3 Ülkeden Biri Olduğunu Biliyor Muydunuz?” Sorusuna İlişkin Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Evet, biliyorum	213	65.5
Hayır, bilmiyorum	90	27.7
Kararsızım	22	6.8
Toplam	325	100.0

Anket formunda bir bilgi sorusuna yer verilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 6.1.11’de sunulmuştur. Sezaryen doğumda Türkiye’nin dünya sıralamasındaki yeri hakkında sorulan “Türkiye’nin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip 3 ülkeden biri olduğunu biliyor muydunuz?” sorusunu sağlık çalışanlarının %65.5’i bildiğini belirtirken, %27.7’si bilmediğini, %6.8’i ise kararsız kaldığını belirtmiştir. İlgili grafiksel gösterim Şekil 6.1.11’de verilmiştir.

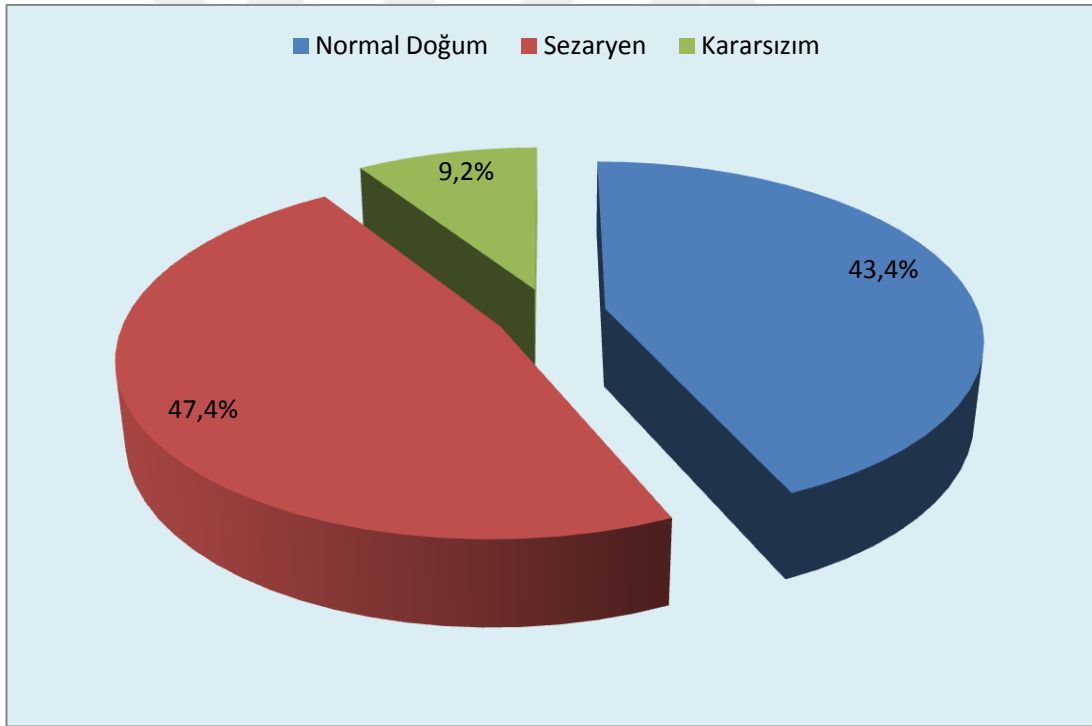


Şekil 6.1.11. “Türkiye’nin Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranına Sahip 3 Ülkeden Biri Olduğunu Biliyor Muydunuz?” Sorusu İlişkin Pasta Grafiği

Tablo 6.1.12. “Sağlık Çalışanı Olarak Hangi Doğum Yöntemini Tavsiye Edersiniz” Sorusuna İlişkin Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Normal Doğum	141	43.4
Sezaryen	154	47.4
Kararsızım	30	9.2
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanları gebelere tavsiye ettikleri doğum türü sorulmuş ve verilen yanıtların sonuçları Tablo 6.1.12’de verilmiştir. Buna göre, sağlık çalışanlarının %43.4’ü normal doğumu önerirken, %47.4’ü sezaryen doğumu önermiştir. Çalışanların %9.2’si bu konuda çekimser kaldığını belirtmiştir. İlgili grafiksel gösterim Şekil 6.1.12’de verilmiştir.

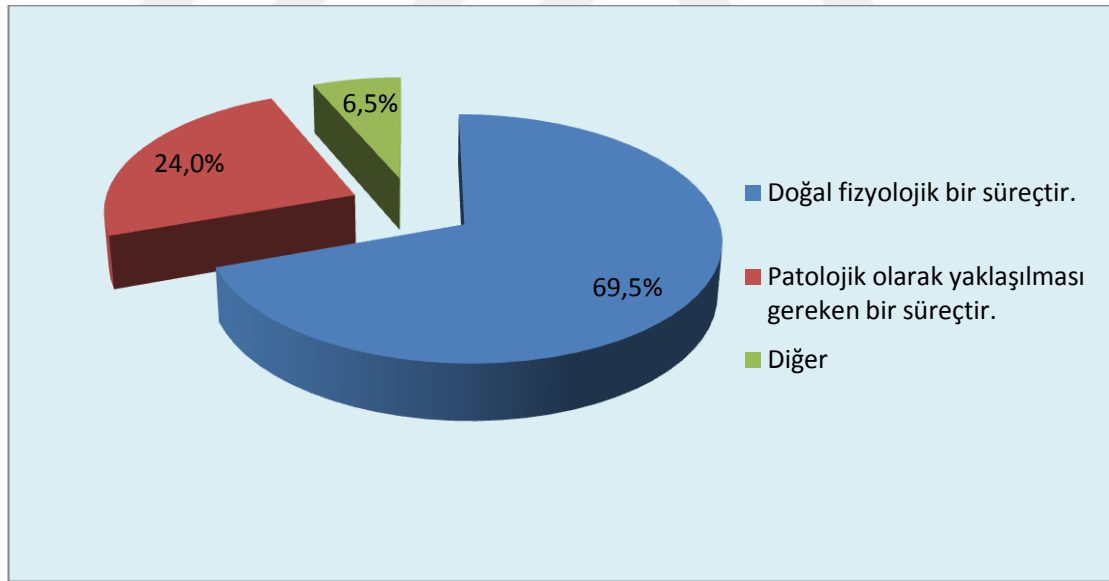


Şekil 6.1.12. “Sağlık Çalışanı Olarak Hangi Doğum Yöntemini Tavsiye Edersiniz” Sorusu İlişkin Pasta Grafiği

Tablo 6.1.13. “Sizce Gebelik ve Doğum, Kadın Hayatında Neyi Temsil Ediyor?” Sorusuna İlişkin Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Doğal fizyolojik bir süreçtir.	226	69.5
Patolojik olarak yaklaşılması gereken bir süreçtir.	78	24.0
Diğer	21	6.5
Toplam	325	100.0

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarına “Sizce gebelik ve doğum, kadın hayatında neyi temsil ediyor?” sorusu sorulmuş ve verilen yanıtların dağılımları Tablo 6.1.13’de verilmiştir. Buna göre, sağlık çalışanlarının %69.5’i gebelik ve doğumun kadın hayatındaki doğal fizyolojik bir süreç olduğunu, %24.0’ı patolojik olarak yaklaşılması gereken bir süreç olduğunu belirtmiştir. Örneklemin %6.5’i ise gebelik ve doğumun kadın hayatındaki temsilini diğer ifadeler ile yorumlamıştır. İlgili grafiksel gösterim Şekil 6.1.13’de verilmiştir.



Şekil 6.1.13. “Sizce Gebelik ve Doğum, Kadın Hayatında Neyi Temsil Ediyor?” Sorusu İlişkin Pasta Grafiği

6.2. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumlu Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumlu yönde etki eden uygulamalara ilişkin tutumları incelenmiştir.

Tablo 6.2.1. Sağlık Çalışanlarının Olumlu Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının İllere Göre Karşılaştırılması

Hastanedeki Olumlu Doğum Uygulamaları	İller	Katılıyor Sayı (%)	Katılmıyor Sayı (%)	Kararsız Sayı (%)	χ^2	<i>p</i>
Genelde doğumun başlaması için 41-42. gebelik haftasının sonuna kadar beklenir	Adana	104 (61.2)	60 (35.3)	6 (3.5)	24.188	0.000
	Siirt	114 (73.5)	22 (14.2)	19 (12.3)		
Travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir	Adana	134 (78.8)	24 (14.1)	12 (7.1)	0.142	0.931
	Siirt	123 (79.4)	20 (12.9)	12 (7.7)		
Annenin ayakta doğal olarak ıknması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir.	Adana	74 (43.5)	83 (48.8)	13 (7.6)	5.499	0.064
	Siirt	52 (33.5)	81 (52.3)	22 (14.2)		
Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir	Adana	159 (93.5)	10 (5.9)	1 (0.6)	5.504	0.064
	Siirt	134 (86.5)	16 (10.3)	5 (3.2)		
Bebek doğar doğmaz annenin göğsüne çıplak olarak konur ve ten tene temas sağlanır.	Adana	116 (68.2)	46 (27.1)	8 (4.7)	1.694	0.429
	Siirt	107 (69.0)	36 (23.2)	12 (7.7)		
Göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir.	Adana	64 (37.6)	80 (47.1)	26 (15.3)	4.360	0.113
	Siirt	43 (27.7)	90 (58.1)	22 (14.2)		
Plasentanın doğal olarak ayrılması için beklenir.	Adana	142 (83.5)	18 (10.6)	10 (5.9)	0.606	0.738
	Siirt	131 (84.5)	13 (8.4)	11 (7.1)		

Tablo 6.2.2. Sağlık Çalışanlarının Olumlu Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

Hastanedeki Olumlu Doğum Uygulamaları	Meslekler	Katılıyor Sayı (%)	Katılmıyor Sayı (%)	Kararsız Sayı (%)	χ^2	<i>p</i>
Genelde doğumun başlaması için 41-42. gebelik haftasının sonuna kadar beklenir	Hekim	50 (83.3)	10 (16.7)	-	13.601	0.009
	Ebe	74 (67.9)	28 (25.7)	7 (6.4)		
	Stajyer	94 (60.3)	44 (28.2)	18 (11.5)		
Travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir	Hekim	52 (86.7)	8 (13.3)	-	14.787	0.005
	Ebe	92 (84.4)	13 (11.9)	4 (3.7)		
	Stajyer	113 (72.4)	23 (14.7)	20 (12.8)		
Annenin ayakta doğal olarak ıkmması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir.	Hekim	24 (40.0)	28 (46.7)	8 (13.3)	0.964	0.915
	Ebe	43 (39.4)	54 (49.5)	12 (11.0)		
	Stajyer	59 (37.8)	82 (52.6)	15 (9.6)		
Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir	Hekim	56 (93.3)	4 (6.7)	-	4.409	0.354
	Ebe	98 (89.9)	7 (6.4)	4 (3.7)		
	Stajyer	139 (89.1)	15 (9.6)	2 (1.3)		
Bebek doğar doğmaz annenin göğsüne çıplak olarak konur ve ten tene temas sağlanır.	Hekim	47(78.3)	10(16.7)	3(5.0)	7.853	0.097
	Ebe	77(70.6)	29(26.6)	3(2.8)		
	Stajyer	99(63.5)	43(27.6)	14(9.0)		
Göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir.	Hekim	9 (15.0)	47 (78.3)	4 (6.7)	32.635	0.000
	Ebe	28 (25.7)	64 (58.7)	17 (15.6)		
	Stajyer	70 (44.9)	59 (37.8)	27 (17.3)		
Plasantanın doğal olarak ayrılması için beklenir.	Hekim	58 (96.7)	2 (3.3)	-	17.912	0.001
	Ebe	97 (89.0)	6 (5.5)	6 (5.5)		
	Stajyer	118 (75.6)	23 (14.7)	15 (9.6)		

Sağlık çalışanlarının olumlu doğum uygulamalarına ilişkin tutumları incelendiğinde;

Araştırmamıza dâhil edilen illerde çalışan sağlık çalışanlarının “anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir” önermesi en yüksek oranda

katılım sağlanan uygulama olmuştur. Daha sonra sırasıyla “plasentanın doğal olarak ayrılması için beklenir” ve “travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir” önermeleri her iki ilde çalışan sağlık çalışanlarının en çok katıldığı uygulamalar olmuştur (**Tablo 6.2.1**). “Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir” önermesine katılım ile meslekler arasında anlamlı ilişki bulunmazken “plasentanın doğal olarak ayrılması için beklenir” ve “travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir” önermelerine katılım ebeler ve stajyerlere göre hekimlerde istatistiksel olarak daha yüksek olmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.2**).

“Genelde doğumun başlaması için 41-42. Gebelik haftasının sonuna kadar beklenir” önermesine katılım oranı açısından iller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Adana ilinde çalışanlara göre Siirt ilindeki sağlık çalışanlarının katılımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.1**). Bu uygulamaya katılım oranı açısından sağlık meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir, ebeler ve stajyerlere göre hekimler istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılım sağlamışlardır ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.2**).

Araştırma kapsamına alınan illerde çalışan sağlık çalışanları, doğal doğum için yüksek derecede önem taşıyan iki uygulamaya en düşük düzeyde katılmışlardır. “Annenin ayakta doğal olarak ıkmaması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir” ve “göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir” önermelerine katılım oranı %50’nin altında kalmıştır (**Tablo 6.2.1**). “Göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir” önermesine katılım oranı açısından sağlık meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir, en düşük katılım hekimlerden olmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.2**).

6.3. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumsuz Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumsuz yönde etki eden uygulamalara ilişkin tutumları incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının olumsuz doğum uygulamalarına ilişkin tutumları incelendiğinde;

Hastanelerde doğum esnasında yapılan ve doğumun doğal fizyolojisini olumsuz etkileyen uygulamalar Tablo 6.3.1 ve Tablo 6.3.2’de incelenmiştir. Tüm mesleklerde sağlık çalışanlarının en çok katılım sağladıkları önermeler “her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir” ve “anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır” önermeleri olmuştur. Ayrıca “her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır”, “ilk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır” ve “rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır” önermeleri tüm meslekler için katılım oranı %50’nin altında kalmıştır.

Sağlık çalışanlarının hastanede uyguladıkları ve doğumun doğal fizyolojisine olumsuz etki edebilecek doğum uygulamalarına ait önermelerden çoğuna katılım düzeyi ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3.2).

Tablo 6.3.1. Sağlık Çalışanlarının Olumsuz Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının İllere Göre Karşılaştırılması

Hastanedeki Olumsuz Doğum Uygulamaları	İller	Katılıyor Sayı (%)	Katılmıyor Sayı (%)	Kararsız Sayı (%)	χ^2	<i>p</i>
Rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir.	Adana	137 (80.6)	22 (12.9)	11 (6.5)	2.263	0.323
	Siirt	133 (85.8)	17 (11.0)	5 (3.2)		
Anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır.	Adana	132 (77.6)	34 (20.0)	4 (2.4)	0.907	0.636
	Siirt	122 (78.7)	27 (17.4)	6 (3.9)		
Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır.	Adana	134 (78.8)	26 (15.3)	10 (5.9)	23.242	0.000
	Siirt	146 (94.2)	1 (0.6)	8 (5.2)		
Her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır.	Adana	42 (24.7)	108(63.5)	20 (11.8)	8.725	0.013
	Siirt	62 (40.0)	78 (50.3)	15 (9.7)		
Travay esnasında aralıklıdan çok sürekli EFM uygulanır.	Adana	100 (58.8)	50 (29.4)	20 (11.8)	5.054	0.080
	Siirt	75 (48.4)	64 (41.3)	16 (10.3)		
Gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır.	Adana	46 (27.1)	104(61.2)	20 (11.8)	47.208	0.000
	Siirt	95 (61.3)	38 (24.5)	22 (14.4)		
İlk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır.	Adana	57 (33.5)	97 (57.1)	16 (9.4)	0.638	0.727
	Siirt	46 (29.7)	95 (61.3)	14 (9.0)		
Göbek kordonu rutin olarak erken kesilir.	Adana	81 (47.6)	79 (46.5)	10 (5.9)	13.160	0.001
	Siirt	99 (63.9)	42 (27.1)	14 (9.0)		
Rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır.	Adana	32 (18.8)	130(76.5)	8 (4.7)	13.492	0.001
	Siirt	51 (32.9)	89 (57.4)	15 (9.7)		

Tablo 6.3.2. Sağlık Çalışanlarının Olumsuz Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

Hastanedeki Olumsuz Doğum Uygulamaları	Meslekler	Katılıyor Sayı (%)	Katılmıyor Sayı (%)	Kararsız Sayı (%)	χ^2	<i>p</i>
Rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir.	Hekim	56 (93.3)	4 (6.7)	-	9.053	0.060
	Ebe	93 (85.3)	11 (10.1)	5 (4.6)		
	Stajyer	121 (77.6)	24 (15.4)	11 (7.1)		
Anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır.	Hekim	54 (90.0)	5 (8.3)	1 (1.7)	7.100	0.131
	Ebe	80 (73.4)	24 (22.0)	5 (4.6)		
	Stajyer	120 (76.9)	32 (20.5)	4 (2.6)		
Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır.	Hekim	55 (91.7)	5 (8.3)	-	10.092	0.039
	Ebe	99 (90.8)	6 (5.5)	4 (3.7)		
	Stajyer	126 (80.8)	16 (10.3)	14 (9.0)		
Her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır.	Hekim	17 (28.3)	34 (56.7)	9 (15.0)	27.689	0.000
	Ebe	18 (16.5)	82 (75.2)	9 (8.3)		
	Stajyer	69 (44.2)	70 (44.9)	17 (10.9)		
Travay esnasında aralıklıdan çok sürekli EFM uygulanır.	Hekim	17 (28.3)	37 (61.7)	6 (10.0)	31.156	0.000
	Ebe	62 (56.9)	40 (36.7)	6 (6.4)		
	Stajyer	96 (61.5)	37 (23.7)	23 (14.7)		
Gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır.	Hekim	34 (56.7)	22 (36.7)	4 (6.7)	11.968	0.018
	Ebe	37 (33.9)	59 (54.1)	13 (11.9)		
	Stajyer	70 (44.9)	61 (39.1)	25 (16.0)		
İlk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır.	Hekim	7 (11.7)	48 (80.0)	5 (8.3)	25.375	0.000
	Ebe	30 (27.5)	72 (66.1)	7 (6.4)		
	Stajyer	66 (42.3)	72 (46.2)	18 (11.5)		
Göbek kordonu rutin olarak erken kesilir.	Hekim	45 (75.0)	13 (21.7)	2 (3.3)	17.626	0.001
	Ebe	63 (57.8)	35 (32.1)	11 (10.1)		
	Stajyer	72 (46.2)	73 (46.8)	11 (7.1)		
Rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır.	Hekim	3 (5.0)	55 (91.7)	2 (3.3)	43.197	0.000
	Ebe	17 (15.6)	85 (78.0)	7 (6.4)		
	Stajyer	63 (40.4)	79 (50.6)	14 (9.0)		

“Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır”, “göbek kordonu rutin olarak erken kesilir” önermelerine ebeler ve stajyerlere göre hekimler, istatistiksel olarak anlamlı olarak

daha yüksek oranda katılım göstermişlerdir ($p<0.05$). “Her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır” önermesine ebeler, hekimler ve stajyerlere göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılmadıklarını bildirirken ($p<0.05$), “travay esnasında aralıklıdan çok sürekli EFM uygulanır”, “ilk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır” ve “rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır” önermelerine ebeler ve stajyerlere göre hekimler, istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılmadıklarını belirtmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 6.3.2).

Adana ve Siirt illerinin her ikisinde çalışan sağlık çalışanlarının en çok katılım sağladıkları önermeler “her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir” ve “anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır” önermeleri olmuştur. Ayrıca “her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır”, “ilk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır” ve “rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır” önermelerine katılım her iki il için %50’nin altında kalmıştır (Tablo 6.3.1 ve Tablo 6.3.2).

“Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır”, “gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır”, “göbek kordonu rutin olarak erken kesilir” ve “rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır” önermeleri ile araştırmaya dâhil edilen sağlık çalışanlarının çalıştıkları iller arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Tüm önermeler için Siirt’te görev yapan sağlık çalışanlarından Adana’da görev yapanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılım olmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6.3.2).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

7.1. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.1.1, Tablo 6.1.2, Tablo 6.1.3, Tablo 6.1.4, Tablo 6.1.5, Tablo 6.1.6, Tablo 6.1.7, Tablo 6.1.8, Tablo 6.1.9, Tablo 6.1.10, Tablo 6.1.11, Tablo 6.1.12, Tablo 6.1.13)

7.2. Sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumlu etkileyen uygulamalara yönelik tutumlarının tartışılması (Tablo 6.2.1, Tablo 6.2.2)

7.3. Sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumsuz etkileyen uygulamalara yönelik tutumlarının tartışılması (Tablo 6.3.1, Tablo 6.3.2)

7.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 25.23 ± 6.85 (min: 16 - max: 50) olup çoğunluğunun 16-27 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.3). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğu henüz meslekte beş yılını doldurmamış, lisans mezunu ve çoğunlukla kadın sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (Tablo 6.1.2, Tablo 6.1.5, Tablo 6.1.6). Araştırmaya katılanların çoğunluğu (%69.5) eşi ya da kendisi daha önce hiç doğum yapmadıklarını, doğum yapanlar ise henüz bir doğum sayısına sahip olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 6.1.8, Tablo 6.1.9). Araştırma grubumuzun çoğunluğunun genç ve mesleğin henüz erken yıllarında olduklarından dolayı bu, beklenen bir durumdur.

Eşi ya da kendisi doğum yapan sağlık çalışanlarının neredeyse yarıya yakını (%49.5) sezaryen olduğunu, araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının ise yine yarıya yakını (%47.4) hastalarına sezaryeni tavsiye ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 6.1.10, Tablo 6.1.12). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir araştırmada benzer şekilde yarısının sezaryen olduğu ortaya çıkmıştır (89)(Duman 2006). TNSA (2013)'na göre son beş yılda ülkemizde her iki kadından biri sezaryen olmuştur (1). Sağlık çalışanları arasındaki sezaryen oranının aynı şekilde ülke genelini yansıttığı dikkat çekmektedir. Ülkemizde sağlık çalışanlarının hem kendilerinin sezaryeni tercih etmeleri hem de hastalarına tavsiye ediyor olmaları normal doğumun yararlarından toplum olarak mahrum kalınmasına neden olacağından dolayı endişe vericidir. Nitekim NICE normal doğumun hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı açısından çok güvenilir olduğu ve sağlık çalışanlarının normal doğumu gebelere tavsiye etmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (9). Ancak ne yazık ki; araştırma grubumuzda sağlık çalışanlarının yarısının gebelere sezaryeni tavsiye ettikleri ortaya çıkmıştır.

Sağlık çalışanlarının dörtte birinden fazlası Türkiye'nin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip üç ülkeden biri olduğunu bilmedikleri ortaya çıkmıştır (Tablo 6.1.11).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına “*sizce gebelik ve doğum kadın hayatında neyi temsil ediyor*” sorusu yöneltildiğinde; dörtte birine yakını patolojik bir olay olduğunu ifade ederken çoğunluğu doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu ifade etmiştir (Tablo 6.1.13). Sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojik bir süreç olduğunu kabul edip daha çok sezaryen olmaları ve hastalarına da sezaryen olmayı tavsiye etmeleri oldukça çelişkili bir durumdur.

7.2. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumlu Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Tartışılması

Doğum alanının ilerleyen tıbbi ve teknolojik gelişmelerin kullanılması maternal ve bebek ölümlerinin engellemede önemli sonuçlar vermiştir. Teknoloji ilerledikçe hayat kurtarıcı operasyonlar rutin olarak kullanılmaya başlanmıştır ve doğal olan bir süreci tıbbi ve cerrahi bir prosedüre dönüştürülmüştür. Normal doğumda doğumu gerçekleştiren ekip koruyucu önlemler olarak doğumda müdahaleleri en aza indirmelidir (7). Normal fizyolojik süreçte müdahaleye gerek yok (6). Doğum sırasında yapılan her müdahale diğerlerini tetikleyerek müdahalenin sayısını arttırmaktadır. Doğum sırasında fizyolojik sürece müdahale edilmesi; Fetal monitarizasyon (EFM), doğum sırasında oral alımını kısıtlama, sık vajinal muayene, amniyotomi, rutin epizyotomi, bölgesel anestezi, epidural katater, etkisiz itme ve kristeller manevrası esntrümantal vajinal doğum ve sezaryen ameliyatı ile sonuçlanabilir (7). Doğum sırasında müdahale edilmeden sadece destek olma spontan vajinal doğumu arttırdığı sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarını azalttığı, travayda analjeziye daha az istek duyulduğunu ortaya koymuştur (6, 10).

Doğum alanında çalışan sağlık çalışanlarının doğum uygulamalarına ilişkin yöneltilen önermelerde “anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir” önermesine neredeyse tamamı katılmış olup meslekler arasında da istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p<0.05$). Ebelik öğrencilerin yapılan bir araştırmada öğrencilerin tamamı doğumda duygusal ve fiziksel destek sağlanmalıdır, ifadesinde bulunmuştur (90). Normal doğumda önemli olan ekip gücü ve bu doğum ekibinin gebelere karşı sevgi, güven ve sabırla yaklaşmasıdır. Anneye doğum

boyunca sabırla yaklaşılmalı güven verilmeli ve moral destek sağlanmalıdır. Hekimlerin ve ebelerin iş birliği içinde oluşturacakları güvenli ortamda sağlıklı anne ve bebek ilişkisinin zemini oluşturulmaktadır (6, 8). Sağlık çalışanlarının anne ve bebeği için hayatının en önemli deneyimi olan doğum deneyimi esnasında nazik yaklaşımları ve moral ve destek vermeleri önemli ve gereklidir.

Sağlık çalışanlarının en çok katıldıkları diğer olumlu uygulamalardan “plasentanın doğal olarak ayrılması için beklenir” uygulaması olmuştur. Bu uygulamaya araştırma kapsamına alınan illerden benzer oranlarda katılım olurken ($p>0.05$) ebelere ve stajyerlere oranla hekimler, istatistiksel olarak daha yüksek katılım göstermiştir ($p<0.05$). Normal doğum seyrinde plasenta ve eklerinin spontan ayrılması beklenir. Plasentanın elle çıkarılması maternal kan kaybını ve enfeksiyon riskini arttırmaktadır (76, 77).

“Travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir” önermesinde illere göre fark görülmezken ebelere ve stajyerlere göre istatistiksel olarak hekimlerin daha çok katıldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Doğum esnasında sınırsız hareket özgürlüğü, annenin kendisi için en rahat edeceği pozisyonu bulmasını sağlar. Bu şekilde utero-plasental kan akımı kolaylaşır ve annenin ağrıları da azalmış olur. Doğumda hareket özgürlüğü uterus kasılmalarının daha etkin kullanılmasını sağlayarak fetüsün inişini kolaylaştırır (6, 73). Literatürde travay esnasında annelerin hareketli olması için desteklenmesi önerilmektedir (6, 7, 74, 91).

“Genelde doğumun başlaması için 41-42. gebelik haftasının sonuna kadar beklenir” önermesine Siirt ilinde çalışan sağlık çalışanları Adana ilinden katılanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılırken mesleklere göre en yüksek katılım hekimlerden olmuştur ($p<0.05$).

Normal spontan bir doğumun, termde (37-42 haftalarda) kendiliğinden başlaması, tek ve canlı fetüsün varlığı ile vertex pozisyonunda, baş-pelvis uygunsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (11).

Sağlık çalışanlarının doğumda olumlu yaklaşımlardan olan “bebek doğar doğmaz annenin göğsüne çıplak olarak konur ve ten tene temas sağlanır” önermesine katılımları oldukça düşük oranda kalmıştır ($p>0.05$). Kanguru bakımı preterm bebeklerin solunumunu stabilize etme, anne-bebek bağımlı gelişime ve maternal stresin azaltılması üzerinde olumlu etkiler. Doğum sonu bebeğin annenin göğsüne verilmesinin bebeği sakinleştirip anne ile bebeğin arasında güçlü bir bağ oluşturur (78-80). Sağlık çalışanları doğum alanlarında yoğunluk, mekan sıkıntısı ve personel yetersizliğinden dolayı her gebeye ve bebeğine yeterince zaman ayıramadıklarından bu uygulamaya düşük oranda katılım gösterdikleri düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan illerde çalışan sağlık çalışanları, doğal doğum için yüksek derecede önem taşıyan iki uygulamaya en düşük düzeyde katılmışlardır. “Annenin ayakta doğal olarak ıkınması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir” ve “göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir” önermelerine katılım oranı %50'nin altında kalmıştır (Tablo 6.3.1). Royal College (2012)'a göre annelerin ayakta doğal olarak ıkınması ve doğumu istediği pozisyonda yapmasına izin verilmelidir (75). Ayrıca doğumdan sonra kordonun geç klemplenmesinin yenidoğan üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (55). Bu alanda yapılan çalışmalar kordonun geç klemplenmesi yenidoğanda nekrotizan enterkolit, anemi, sepsis ve kan tranfüzyon ihtiyacını azalttığı görülmüştür (55, 92). Doğumhanelerde litotomi masasının varlığı, annelerin istediği pozisyonda doğum yapmasını engellemektedir. Ayrıca personel yetersizliği ve yoğun temponun var oluşundan kaynaklı doğumda kordondan atım bitinceye kadar beklememenin en büyük sebepleri arasında olabilir.

7.3. Sağlık Çalışanlarının Doğumun Doğal Fizyolojisini Olumsuz Etkileyen Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Tartışılması

Sağlık çalışanlarının doğum esnasında yapılan ve doğumun doğal fizyolojisini olumsuz etkileyen uygulamalar incelendiğinde, tüm mesleklerde sağlık çalışanlarının en çok katılım sağladıkları önermeler “her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”,

“rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir” ve “anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır” önermeleri olmuştur. Literatürde bu uygulamalar doğumun doğal akışını olumsuz etkilediğinden dolayı destek görmemektedir. Doğum ekibinin gebeye hem fiziksel hem de duygusal olarak destek olmasının önemi ve doğumun akışının gebenin bedeninin ahengine bırakılması gerektiği savunulmaktadır (6, 8). Doğum sırasında anneleri yatağa bağımlı hale getirmek ve sırt üstü yatırmak doğum eyleminin uzamasına, kalitesiz kasılmalara, fazla ıkınarak daha çok güç kaybetmesine, ağrıları hissederek analjezi ihtiyacına ve distosiye, yavaş dilatasyona ve sırt üstü yatarak vena kava sendromu sonucu uteroplasental kan akışında azalma ve fetal sıkıntı ve yetmezlik nedeni ile sezaryen operasyonlarına yol açmaktadır (7). Kanıtlar aksini iddia etse de hastanelerde yapılan uygulamalar kuşaktan kuşağa aktarılarak uygulanmaya devam etmektedir.

“Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır”, “göbek kordonu rutin olarak erken kesilir” önermelerine ebeler ve stajyerlere göre hekimlerin, istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek oranda katılım göstermişlerdir ($p<0.05$). Bu uygulamaların daha çok tıbbi uygulamalar olması hekimlerin daha çok katılımına neden olduğunu düşündürmektedir. Yukarıda bahsedildiği üzere doğumun doğal fizyolojisini olumlu etkileyen uygulamalardan “göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir” önermesine istatistiksel olarak en düşük katılım yine hekimlerden olmuştur ($p<0.05$). Bu alanda yapılan çalışmalar kordon klemplenmesi geç yapılan yenidoğanlarda anemi ve kan transfüzyonu riskinin %61 azalttığını göstermiştir (55). Preterm infantlarda gecikmiş kordon klemplenmesinin intraventriküler kanama riskinin %59 azaldığını göstermiştir (56). Gecikmiş kordon klemplenmesinin nekrotizan enterokolit görülme hızında %62 oranında azalma olduğunu göstermektedir (55, 56). DSÖ erken kordon klemplenmesi ve kesilmesini doğum sonu 1 dakikalık süreç olarak; geç kord klemplenmesini ise doğum sonu 2-3 dakikalık süreçte ya da umbilikal atımın sona ermesinden sonra olarak tanımlamıştır (53). ACOG tarafından yayınlanan komite raporunda umbilikal kord klemplenmesindeki “erken” ifadesi kaldırılmış, pratikte uygulamanın doğum sonu 1-3 dakika içinde olduğu belirtilmiştir (54). Doktorların normal doğumda

komplifikasyon oranlarını daha yüksek gördüklerinden kaynaklı mümkün oldukça kontrolün kendilerinde olduğu bir eylemle hızlı bir şekilde gerçekleştirmek istediklerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Ebeler, yine medikal bir uygulama olan suni oksitosin için “her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır” önermesine hekimler ve stajyerlere göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılmadıklarını ifade etmişlerdir (**p<0.05**). Suni oksitosin uygulaması obstetrik alanda kullanımı gün geçtikçe artmaktadır (27, 28). İndüksiyon kullanımı, sezaryen oranının artış sebebi olarak da görülmektedir (29, 32, 33). Artık yeni nesil, bilinçli ebelerin varlığı ile doğuma müdahale oranlarının azalması hedeflenmektedir.

8. SONUÇ

Sağlık çalışanlarının, doğal doğum ile ilişkili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacı ile yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 25.23 ± 6.85 (min: 16 - max: 50) olup çoğunluğunun 16-27 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarının çoğu henüz meslekte beş yılını doldurmamış, lisans mezunu ve çoğunlukla kadın sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.
- Çoğunluğu (%69.5) eşi ya da kendisi daha önce hiç doğum yapmadıklarını, doğum yapanlar ise henüz bir doğum sayısına sahip olduklarını bildirmişlerdir.
- Eşi ya da kendisi doğum yapan sağlık çalışanlarının neredeyse yarıya yakını (%49.5) sezaryen olduğunu, araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının ise yine yarıya yakını (%47.4) hastalarına sezaryeni tavsiye ettiklerini ifade etmişlerdir.
- Sağlık çalışanlarının dörtte birinden fazlası Türkiye'nin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip üç ülkeden biri olduğunu bilmedikleri, dörtte birine yakını ise gebelik ve doğumu patolojik bir olay olarak nitelendirdiği ortaya çıkmıştır.
- “Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir” önermesi en yüksek oranda katılım sağlanan uygulama olmuştur.
- “Plasentanın doğal olarak ayrılması beklenir” ve “tramvay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir” önermesi tüm sağlık çalışanları arasında en çok katıldıkları önerme olup iller bazından benzerlik göstermekte ($p > 0.05$) ve ebeler ve stajyerlere göre hekimler istatistiksel olarak daha fazla katılmaktadır ($p < 0.05$).
- “Genelde doğumun başlaması için 41-42. Gebelik haftasının sonuna kadar beklenir” önermesine Adana ilinde çalışanlara göre Siirt ilindeki sağlık çalışanlarının ve ebeler ve stajyerlere göre hekimlerin katılımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olmuştur ($p < 0.05$).

- Sağlık çalışanlarının doğumda olumlu yaklaşımlardan olan “bebek doğar doğmaz annenin göğsüne çıplak olarak konur ve ten tene temas sağlanır” önermesine katılımları oldukça düşük olmuştur.
- Doğal doğum için yüksek derecede önem taşıyan “annenin ayakta doğal olarak ıkmaması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir” ve “göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir” önermelerine katılım oranı tüm sağlık çalışanları için %50’nin altında kalmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının doğumun doğal fizyolojisini olumsuz etkileyen uygulamalardan tüm mesleklerde sağlık çalışanlarının en çok katılım sağladıkları önermeler “her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “rutinde tüm annelere ıkmaması için komut verilir” ve “anneler sırtüstü yatırılarak ıkindirilir” önermeleri olmuştur.
- “Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır”, “gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır”, “göbek kordonu rutin olarak erken kesilir” önermelerine ebeler ve stajyerlere göre hekimlerin, istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek oranda katılım göstermişlerdir ($p<0.05$).
- Medikal bir uygulama olan suni oksitosin için “her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır” önermesine hekimler ve stajyerlere göre ebeler, istatistiksel olarak daha yüksek oranda katılmadıklarını ifade etmişlerdir ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Sağlık çalışanlarının doğal doğuma bakışlarının, sezaryeni tercih ve tavsiye etme nedenlerini daha iyi anlaşılmasına yönelik kalitatif araştırmalar yapılması,
- Doğum esnasında gebeye birebir bakım sağlayan ebelerin ve ebelerle birlikte çalışan stajyerlerin gebeye empatik yaklaşım ve korkuları ile baş etme konusunda daha donanımlı hale getirilmesi,
- Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu tüm süreçlerde aynı ebe ile devam etmesi ve sürekli ebe desteğinin sağlanmasının yasalarla da uygulanabilir hale getirilmesi,

- Doğumhanede yapılan uygulamaların kanıt temelli bilimsel verilere dayanılarak yeniden dizayn edilmesidir.



9. KAYNAKLAR

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TNSA. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri EEFMitüsü Yayınları, Ankara: 2013.
2. Pınar G, Kaplan S, Karabulut E. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. Vol. 943, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara: 2014.
3. Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi, 21(3): 83-88, 2011.
4. Emre Yanıkerem U, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13): 107-123, 2010.
5. Serçekuş P, İşbir GG. Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(1): 97-102, 2012.
6. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. JOGNN, 37(1): 94-105, 2008.
7. Jansen L, Gibson M, Carlson Bowles B, Leach J. First do no harm: interventions during childbirth. The Journal of Perinatal Education, 22(2): 83-92, 2013.
8. Adams ED, Bianchi AI. A practical approach to labor support. JOGNN, 37: 106-115, 2008.
9. NICE, Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. Vol. 190. The Centre For Clinical Practice at NICE, Nice: 2014.
10. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review). Vol. 7. John Wiley & Sons Ltd, Canada: 2013.

11. WHO, Care in Normal Birth: a Practical Guide. Geneva: Department of Reproductive Health&Research World Health Organization, 1996.
12. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Vol. 9. Sistem Ofset Matbaacılık. 293-301, Ankara: 2012.
13. Sağlık Bakanlığı. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: 2013.
14. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3): 143-148, 2009.
15. Çoker H. Hamilelikte lamaze felsefesi. Available from: <http://www.dogaldogum.com/lamaze-felsefeleri>, 2009.
16. Lothian JA. Questions from our readers why natural childbirth?, The Journal of Perinatal Education, 9(4): 44-46, 2000.
17. Günalp S, Tuncer ZS. Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Tedavi. Pelikan Yayınları, Ankara: 2004.
18. ACOG. ACOG Diyor ki! Müdahaleli Vajinal Doğum. Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2015.
19. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-Baed Labor and delivery management. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 445-454, 2008.
20. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. BioScience Trends, 5(4): 139-150, 2011.

21. Nyman V, et al. Routine interventions in childbirth before and after initiation of an action research project. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11: 86-90, 2017.
22. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması, Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul: 2008.
23. Büyükbayrak E, et al. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2): 155-158, 2010.
24. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 20(3): 210-218, 2012.
25. İlhan G, et al. What is turkish women's opinion about vaginal delivery? *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2: 75-78, 2015.
26. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri EEFMitüsü Yayınları, Ankara: 2008.
27. Blickstein I. Induction of labour. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(2): 31-37, 2009.
28. Durodola A, Kuti O, Orji EO, Ogunnii SO. Rate of increase in oxytocin dose on the outcome of labor induction. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90: 107-111, 2005.
29. Gagnon-Gervais K, et al. Early versus late amniotomy for labour induction: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(11): 2326-2329, 2012.

30. ACOG. Optimizing Protocols in Obstetrics. ACOG The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 1, 2009.
31. Balçı O, Mahmoud AS, Özdemir S, Acar A. Induction of labor with vaginal misoprostol plus oxytocin versus oxytocin alone. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110: 64-67, 2010.
32. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin Versus No Treatment or Delayed Treatment for Slow Progress in the First Stage of Spontaneous Labour (Review). Vol. 6. John Wiley & Sons Ltd, Canada: 2013.
33. Ehrenthal DB, Jiang X, Strobino DM. Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116(1): 35-42, 2010.
34. Petersen A, Poetter U, Michelsen C, Gross MM. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Arch Gynecol Obstet*, 28(8): 245-254, 2013.
35. Ajadi M, Kuti O, Orji EO, Ogunniyi SO, Sule SS. The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(7): 631-634, 2009.
36. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for Shortening Spontaneous Labour. John Wiley & Sons, Ltd., 6, Canada: 2013.
37. Cohain JS. The less studied effects of amniotomy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(17): 1687-1690, 2013.
38. Fraser W, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Wiley, 2: 1-6, 2006.

39. Cochrane Update. Amniotomy for shortening spontaneous labour. American College of Obstetricians and Gynecologists, 111(1): 204-205, 2008.
40. Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20(3): 293-304, 2015.
41. Aktaş S, Osmanağaoğlu MA. İntrapartum elektronik fetal monitorizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. Life Sciences, 12(1): 14-29, 2017.
42. Dağlar G, Güler H, Demirel G, Yurtsal BZ. Elektronik fetal monitorizasyon kursunun etkinliğinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 22(4): 138-142, 2013.
43. Ekizler H, Tekin N, Sayiner D, Şahin B. NoEFMres testinin hemşireler tarafından yorumlanması. Perinatoloji Dergisi, 4(3): 185-187, 1996.
44. Freeman S, Edwards R, Schroder B. How smaller born-global firms use networks and alliances to overcome constraints to rapid internationalization. Journal of International Marketing, 14(3): 33-63, 2006.
45. Kamel A, Khaled M. Episiotomy and obstetric perineal wound dehiscence: beyond soreness. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 34: 215-217, 2014.
46. David M, Aslan G, Siedentopf J, Kentenich H. Ethnic turkish fathers in birth support roles in a berlin labour and delivery room-motives, preparation and incidence in a 10 year comparison. J Psychosm Obstet Gynaecol., 30(1): 5-10, 2009.
47. Karaçam Z, Eroğlu K. Effects of episiotomy on bonding and mothers, Health. Journal of Advanced Nursing, 43(4): 384-394, 2003.

48. Ünsal Boran S, Cengiz H, Erman Ö, Erkaya S. Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females. *Eurasian J Med*, 45: 176-180, 2013.
49. Al-Ghammari K, et al. Predictors of routine episiotomy in primigravida women in oman. *Applied Nursing Research*, 29: 131-135, 2016.
50. Demirel G, Gölbaşı Z. Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy and Perineal Tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131: 183-186, 2015.
51. Körükçü Ö, Avgören G. Geçikmiş kord klemplenmesinin ve kordon sıvazlamasının yenidoğan sağlığına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19: 46-52, 2016.
52. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46(6): 402-414, 2002.
53. WHO. Delayed Clamping Of The Umbilical Cord To Reduce Infant Anaemia For Further Information On The Who Guidelines, Please Contact. 2013.
54. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. 2014.
55. Mercer J. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health*, 46(6): 402-414, 2001.
56. Alan H, Efe E. The Influence of social support on maternal-infant attachment in turkish society. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4): 234-240, 2013.

57. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi, 13(53): 185-197, 2004.
58. Scott J, Disaia P, Hammond CB, Spellacy NN. Danfort Obstretrik ve Jinekoloji. Lippincott (Yüce Yayın AŞ), 129-147, Philadelphia: 1997.
59. Ayaz NP. İlk Kez Sezaryen Olan Hastalar İle Mükerrer Sezaryen Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar: 2011.
60. Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. JOPP Dergisi, 3(2): 55-63, 2011.
61. Dongen PW. Cesarean section - etymology and early history. SAJOG, 15(2): 62-66, 2009.
62. Sewell JE. Cesarean section - a brief history. American College of Obstetricians and Gynecologists, 409(12), 1993.
63. Bülbül G. Doğal Doğum Anneliği Keşfin Başucu Kitabı. Hayykitap Yayınevi, İstanbul: 2016.
64. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 89-100, 2011.
65. WHO. Who Recommendations For Prevention and Treatment of Maternal Peripartum Infections. 2015.

66. Nurse-Midwives AC. Providing oral nutrition to women in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3): 276-283, 2008.
67. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 1-59, 2010.
68. Koç E, Şahin N. Doğum eyleminde beslenme oral nutrition during birth. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 47(4): 124-127, 2016.
69. Rathfisch G. Doğal Doğum Felfesi Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul: 2012.
70. Maharaj D. Eating and drinking in labor: should it be allowed? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 146(1): 3-7, 2009.
71. Zanella P, Bogana G, Ciullo R, Zamboni A, Serena A, Albertin M. Chorioamnionitis in the delivery room. *Minerva Pediatrica*, 62(3): 151-153, 2010.
72. Moodley Sebitloane H, Esterhuizen T. Antibiotics for the prevention of postpartum infectious morbidity in women infected with human. *Prophylactic*, 2008.
73. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(2): 72-80, 2010.
74. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: 1-52, 2009.
75. College R. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. *The Royal College of Midwives*, 1-10, 2012.

76. Wilkinson C, Enkin MW. Manual removal of placenta at caesarean section. Wiley Online Library, 1996.
77. Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth. Wiley Online Library, 2006.
78. Hofmeyr GJ. Evidence-Based intrapartum care. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 19(1): 103-115, 2005.
79. Bowlby J. A secure base parent-child attachment and healthy human development. United States of America: A Member of the Perseus Books Group, 1990.
80. Eun-Sook C, et al. The Effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. Journal of Pediatric Nursing, 31: 430-438, 2016.
81. Dick R. School for natural childbirth grantly dick-read mdgrantly dick-read. M App Sci, 1-10, 2007.
82. Mete S. Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. DEUHYO ED, 6(2): 93-98, 2013.
83. Serçekuş P, İşbir GG. Anne baba adayları için doğal doğum profesyonel doğum destekçileri için rehber, ed. H. Okumuş. Deomed Yayıncılık, İstanbul: 2015.
84. Dick-Read G. Childbirth Without Fear. Pinter and Martin, London: 2004.
85. Serçekuş P. Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2): 239-242, 2011.

86. Uludağ E, Mete S. Doğum eyleminde destekleyici bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2014.
87. Eşel E. Anneliğin nörobiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1): 68-78, 2010.
88. Grattan DR, Steyn FH, Kokay IC, Anderson GM, Bunn SJ. Pregnancy-Induced adaptation in the neuroendocrine control of prolactin secretion. Journal of Neuroendocrinology, 20(4): 497-507, 2008.
89. Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen İle İlgili Düşünceleri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar: 2006.
90. Amanak K, Balkaya NA. Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2): 169-192, 2013.
91. Cellge R. Royal college of obstetricians and gynaecologists green top guideline. Operative Vaginal Delivery, 26, 2011.
92. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. American Medical Association, 297(11): 1241-1252, 2007.

10. EKLER

Ek I. Veri Toplama Formu

Çalıştığınız il hangisi: () Adana () Siirt

Çalıştığınız ilin bulunduğu coğrafi bölgede kaç yıldır çalışıyorsunuz?

Adana için Akdeniz Bölgesi'nde kaç yıldır:

Siirt için güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kaç yıldır:

Yaşınız:

Cinsiyet: ()K ()E

Göreviniz nedir?

- () Doktor
() Ebe
() Kadın-doğum hemşiresi
() Diğer

Eğitimi durumunuz nedir?

- () Sağlık Meslek Lisesi
() Lisans
() Yüksek Lisans
() Doktora

Kaç yıldır kadın-doğum alanında hizmet veriyorsunuz?

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? saat

Daha önce doğum yaptınız mı? (Siz ya da eşiniz) ()Evet ()Hayır

Doğum sayısı

Son doğum şekli nedir?

- () Daha önce doğum yok
() Müdahaleli doğum (indüksiyon, epizyotomi, vakum, vs)
() Sezaryen
() Spontan doğum

Türkiye'nin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip 3 ülkeden biri olduğunuzu biliyor muydunuz?

1) Evet

2) Hayır

3) Kararsızım

Size danışan insanlara bir sağlık görevlisi olarak hangi yöntemi tavsiye edersiniz? Neden?

- () Normal doğum
- () Sezaryen
- () Kararsızım

Sizce gebelik ve doğum, kadın hayatında neyi temsil ediyor?

- () Doğal fizyolojik bir süreçtir
- () Patolojik olarak yaklaşılması gereken bir süreçtir.
- () Diğer.....

Çalıştığınız kurumda yer alan uygulamalara göre aşağıdaki cümlelere katılma derecenize göre işaretleyiniz.

	1)Katılıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım
Genelde doğumun başlaması için 41-42. Gebelik haftasının sonuna kadar beklenir			
Travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir.			
Annenin ayakta doğal olarak ıkmması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir			
Rutinde tüm annelere ıkmması için komut verilir			
Anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır			
Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir			
Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır			
Her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır.			
Travay esnasında aralıklıdan çok, sürekli EFM uygulanır			
Gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır			
İlk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır			
Bebek doğar doğmaz annenin göğsüne çıplak olarak konur ve ten tene temas sağlanır			
Göbek kordonu rutin olarak erken kesilir			
Göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir.			
Plasentanın doğal olarak ayrılması için beklenir			
Rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır			

11. ETİK KURUL

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

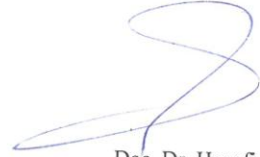
Sayı : 10840098 – 375
Konu: Etik Kurulu Kararı

30/12/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Sağlık Çalışanlarının Doğal Doğum Hakkında Bilgi ve Tutumları” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Çalışanlarının Doğal Doğum Hakkında Bilgi ve Tutumları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	29.12.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.12.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 346	Tarih: 30.12.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kübra	Soyadı	Evgin
Doğum Yeri	Adana	Doğum Tarihi	26.01.1989
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	
E-mail	kubra_oymakcier@hotmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yük. Lis.	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2017
Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yükseokulu Ebelik Bölümü	2013
Lise	Adana Kız Lisesi	2006

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ebe	Adana Medline Hastanesi	2017
2.	Ebe	Siirt Medlife Hastanesi	2015
3.	Ebe	İstanbul Medipol Mega	2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
		Sayısal		Eşit Ağırlık		Sözel		
ALES Puanı		65,05403		64,24404		64,18355		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Ofis Programı	İyi