



**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELERİN SUDA DOĞUMA İLİŞKİN  
BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FEYZA REYHAN**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. FATMA DENİZ SAYINER**

**2017**





**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELERİN SUDA DOĞUMA İLİŞKİN BİLGİ VE  
DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FEYZA REYHAN**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. FATMA DENİZ SAYINER**

**2017**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Feyza REYHAN'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "GEBELERİN SUDA DOĞUMA İLİŞKİN BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

06.01.2017

Üye : Doç. Dr. F. Deniz SAYINER

Üye : Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN

Üye : Yrd. Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06.01.2017 tarih ve 6115/15328... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

### Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi

**Amaç:** Doğum, yüksek oranda kişiye bağlı ve sonuçları kesin olarak kestirilemeyen bir süreçtir. Doğum sürecinde de kendisini gösteren, evrensel ve doğal bir durum olan korkuya yönelik alternatif doğum yöntemleri dünya çapında fenomen olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, gebelerin suda doğumun anne, fetüs ve yenidoğana fiziksel ve fizyolojik etkileri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve suda doğum ile ilgili farkındalıklarını arttırmaktır.

**Yöntem:** Araştırma, 01 Mart- 30 Nisan 2016 tarihleri arasında, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde takipli, çalışmaya katılmaya gönüllü 1000 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen 68 soruluk anket formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Formun sonunda gebelere 5 dakikalık suda doğum videosu izletilmiş, suda doğum yapma konusundaki fikirlerinin değişip değişmediği form üzerine işaretlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (version 20.0) ve Minitab (version 16.0) İstatistik Paket Programları kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin yaş ortalamalarının  $26.52 \pm 5.17$ , %68'inin il merkezinde yaşadığı %60.8'inin lise ve üzeri öğrenim seviyesine sahip olduğu, %76.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %90.9'unun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Multipar gebelerin (%48.5), %14.2'sinin normal vajinal doğum, %47.8'inin epizyotomili vajinal doğum, %37.9'unun sezaryen sectio ile doğum yaptığı belirlenmiştir. Gebelerin %83.3'ünün 3. trimesterde olduğu, %65.3'ünün doğumdan korktuğu, %15.3'ünün gebelik eğitimi aldığı ve %33.3'ünün gebelik eğitiminde suda doğum bilgisi aldığı belirlenmiştir. Başlangıçta gebelerin %39.5'inin suda doğum yapmak istediği saptanmış, çalışma sırasında izletilen suda doğum videosundan sonra ise gebelerin %63.1'inin suda doğum yapmayı istediği görülmüştür. Çalışmamızda gebelerin suda doğumla ilgili bilgi sorularından aldıkları ortalama puanın  $5.99 \pm 8.57$  olduğu ve %29.1'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptanmıştır belirlenmiştir. Gebelerin suda doğum bilgi düzeyi yeterliliği ile gebelerin takip edildiği hastane, yerleşim yeri, yaş grubu, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gebelik sayısı, planlı gebelik, gebelik eğitimi alma, daha önce suda doğumu

duyma ve suda doğum yapmayı isteme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Araştırmamızda, ülkemizde alternatif bir seçenek olarak sunulmayan suda doğum hakkında çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin bilgi düzeyi yeterliliğinin düşük olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Normal doğum, doğum korkusu, doğum ağrısı, suda doğum.

## SUMMARY

### **Determination of Information and Thoughts of Pregnant on the Water Birth**

**Aim:** Childbirth is a process that is highly dependent on the person and whose outcomes can not be precisely predicted. Alternative birth methods for fear, which is a universal and natural event that manifests itself in the birth process, is a worldwide phenomenon. The aim of this study is to determine the level of knowledge about the physical and physiological effects of water birth on mother, fetus and newborn, and to raise awareness related to water birth.

**Material and Method:** The research was carried out between March 01 and April 30 in 2016 in Eskisehir Osmangazi University Health Practice and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Department and Turkey Public Hospitals Institution Eskişehir State Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic with 1000 pregnant who volunteers to participate in the study. As a data collection tool; A 68-question questionnaire form developed by the researcher in line with literature knowledge was used. The data were collected using face-to-face interview method by the researcher. At the end of the form, the pregnant were screened on the 5 minutes waterbirth video and marked on the form whether the ideas of giving waterbirth have changed. In the evaluation of the data, SPSS (version 20.0) and Minitab (version 16.0) Statistical Package Programs were used.

**Results:** It was determined that  $26.52 \pm 5.17$  of the pregnant of the working group with average age, 68% living in provincial center, %60.8 with well-educated people at least high-school degree, 76.1% did not work at any job and 90.9% with social security. It was found in terms of percentage that 14.2% of multiparous pregnant (48.5%) with normal vaginal delivery, 47.8% with episiotomy vaginal delivery and 37.9% with delivery of cesarean sectio. Other findings: 83.3% of the pregnant were in the 3rd trimester, 65.3% were fearful of the birth, 15.3% were in pregnancy education and 33.3% were given waterbirth information in pregnancy education. Initially, it was determined that 39.5% of the pregnant women wanted to give waterbirth and 63.1% of the pregnant women wanted to give it after the waterbirth videos. In our study, it was determined that the mean score of the pregnant women in relation to waterbirth questions was  $5.99 \pm 8.57$  and 29.1% of them had sufficient information about waterbirth. Also, it was found that there was a statistically significant difference between the adequacy of knowledge waterbirth in pregnant and the variables such as hospitals, settlements, age group, education level, working status,

pregnancy number, planned pregnancy, participation pregnancy education ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In our study, it was determined that the adequacy of the knowledge level of the pregnant women about waterbirth which is not offered as an alternative option in our country was low.

**Keywords:** Normal birth, fear of childbirth, birth pain, waterbirth



# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Normal Doğumun Tanımı .....	4
2.1.1. Doğumun I. Evresi.....	4
2.1.2. Doğumun II. Evresi .....	4
2.1.3. Doğumun III. Evresi .....	4
2.1.4. Doğumun IV. Evresi.....	5
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Doğumların Durumu .....	5
2.3. Doğum Korkusu .....	6
2.3.1. Korkunun Doğuma Etkisi .....	7
2.4. Doğum Ağrısı .....	7
2.5. Alternatif Doğum Yöntemleri .....	8
2.6. Suda Doğumun Tanımı .....	9
2.7. Suda Doğumun Tarihçesi .....	9
2.8. Suda Doğuma Bakış .....	10
2.9. Suda Doğumun Yararları .....	11
2.9.1. Suda Doğumun Anne Açısından Yararları .....	11
2.9.2. Suda Doğumun Bebek Açısından Yararları .....	13
2.10. Suda Doğumun Olası Komplikasyonları .....	15
2.11. Suda Doğum Mekanizması .....	18
2.11.1. Doğum havuzunun özellikleri .....	18
2.11.2. Kullanılan suyun özellikleri .....	20
2.11.3. Havuza girme zamanı .....	22

2.11.4. Doğum pozisyonları .....	23
2.11.5. Bebeğin doğumu .....	24
2.11.6. Umbilikal kordonun klemplenme zamanı .....	24
2.11.7. Plasentanın Doğumu .....	25
2.12. Suda Doğumun Endikasyonları .....	26
2.13. Suda Doğumun Kontraendikasyonları .....	26
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	27
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	27
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	27
3.4. Veri Toplama Aracı .....	28
3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması .....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	29
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	30
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>49</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>59</b>
<b>7. KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>63</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>76</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>89</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1:</b> Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı ....	31
<b>Tablo 4.2:</b> Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.3:</b> Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklere Göre Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.4:</b> Gebelerin Doğumdan Korkma Durumlarının Doğum Yapma Durumuna Göre Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.5:</b> Gebelerin Doğumdan Korkma Nedenlerinin Doğum Yapma Durumuna Göre Dağılımı .....	34
<b>Tablo 4.6:</b> Gebelerin Gebelik Eğitimi İle İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.7:</b> Gebelerin Suda Doğum İle İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.8:</b> Suda Doğumu Duyan Gebelerin Bilgi Kaynakları .....	37
<b>Tablo 4.9:</b> Gebelerin Suda Doğum Yapmayı İsteme Özelliklerine Göre Dağılımı .....	37
<b>Tablo 4.10:</b> Gebelerin Suda Doğumu İsteme Durumlarının Doğum Yapma Durumuna Göre Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.11:</b> Gebelerin Suda Doğum Yapmayı İsteme Durumlarının Suda Doğum İle İlgili video İzlemelerine Göre Dağılımı .....	39
<b>Tablo 4.12:</b> Gebelerin Suda Doğum İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı .....	40
<b>Tablo 4.13:</b> Çalışma Grubundakilerin Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.14:</b> Çalışma Grubundakilerin Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Bazı Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı .....	45

<b>Tablo 4.15:</b> Çalışma Grubunda Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Gebelik Haftasına Göre Dağılımı .....	46
<b>Tablo 4.16:</b> Çalışma Grubunda Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Gebeliğin İstenme Durumuna Göre Dağılımı .....	46
<b>Tablo 4.17:</b> Çalışma Grubunda Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Gebelik Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı .....	47
<b>Tablo 4.18:</b> Çalışma Grubunda Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Gebelik Eğitimi Sırasında Suda Doğum Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre Dağılımı .....	47
<b>Tablo 4.19:</b> Çalışma Grubunda Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Gebelik Ve Doğuma İlişkin Kitap-Dergi Okuma Durumuna Göre Dağılımı .....	48
<b>Tablo 4.20:</b> Çalışma Grubunda Suda Doğum Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli Olan ve Olmayanların Suda Doğum Yapmayı İsteme Durumuna Göre Dağılımı.....	48

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

- ACOG** : Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
- AAP** : Amerikan Pediatri Akademisi
- ACTH** : Adrenokortikotropik Hormon
- CRF** : Kortikotropin Hormon
- C/S** : Sezaryen operasyonu
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- KKT** : Kapı Kontrol Teorisi
- OECD** : İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
- TENS** : Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik ve doğum, çoğu zaman derin fiziksel ve duygusal değişikliklere yol açan fizyolojik bir fenomendir. Doğum tıbbi bir olay olmasının yanı sıra kadının gebelikten itibaren doğum sonrası döneme kadar ihtiyaç duyduğu aile ve profesyonel desteği kapsayan, sevinç, zevk, endişe, korku ve şüphelerin yaşandığı bir süreç olarak karakterize edilebilir (Guedes vd., 2016).

Her 4 kadından 1'ini etkileyen doğum korkusu, güvensiz doğumlar, uzun süren ve şiddetli ağrıların yaşandığı doğumun 1. evresi ve yüksek sezaryen oranları ile ilişkilendirilmektedir. Kadınların doğum korkusunu en alt düzeyde yaşamaları ve iyileşmiş doğum sonuçları elde etmek için doğum danışmanı olarak ebeler bu süreç boyunca kadın ve ailesinin yanında yer almaktadır. Ebelerin gebelik ve doğum sürecinde aktif olarak bulunması ile sezaryen oranlarının aşağıya çekilmesi muhtemel bir sonuç olacaktır (Keast, 2016). Eşsiz bir varlık olan kadınların, ihtiyaçları değişiklik göstermekte olup, bazıları için daha fazla profesyonel bakım gerekmektedir. Sonuç itibarıyla gebelik ve doğumun normalizasyonu için mümkün olan tüm yollar desteklenmelidir. Bu normalleşme sürecinde öncülük edecek olan ebeler ise, uzman olarak kabul edilmektedir (Bary, 2016).

Kadınların pozitif doğum deneyimi yaşamaları için doğum ortamının önemi de ayrı bir önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda katılımcı kadınların, korku ve kaygıyla ilişkilendirilen hastane ortamındaki beyaz yatak, beyaz duvarlar ve metal yüzeyleri içeren fiziki koşullar yerine, kendilerini özel hissettiren, sakin, travay ve doğumda rahat bir ortam sağlayan suda doğumu, doğum ortamı olarak tercih ettiklerinden bahsedilmiştir (Adams, 2016). Son yıllarda birçok ülkede popüler doğum seçeneği olarak "Suda doğum" gebelere sunulmaktadır. Adından da anlaşılacağı gibi suda doğum, doğum eylemi evrelerinin herhangi birini gebenin suda geçirmesi veya doğumunu su içinde gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır (Tritten, 2015). Bu çalışma boyunca "suda doğum" tanımlaması, doğum eylemini gerçekleştiren kadının batın bölgesinin tamamının, doğum olayı evreleri boyunca suyun altında olduğu durum için kullanılmıştır.

Tedavi edici ortam olarak su kullanımı yeni bir konsept değildir. Kullanımın kesin kökeni tam olarak tayin edilemese de, Çinliler, Mısırlılar, Japonlar ve Süryaniler tarafından fiziksel ve psikolojik hastalıkların tedavilerinde etkin olarak kullanıldığı bilinmektedir (Garland, 2011). Doğum eylemi sırasında ılık su kullanımı, rahatlama ve ağrının azaltılması amaçları doğrultusunda, oldukça uzun bir geçmişe sahiptir. (Cluett & Burns, 2009; Swain, 2013; Toker & Ovalı Uran, 2015). Yazılı kayıtlara göre ilk suda doğum eylemi 1803 yılında Fransa'da meydana gelmiştir. Son derece zorlu kırksekiz saat süren bir travay sonrasında, bir ebeğin

tavsiyesi ile gebe, ılık su banyosuna alınmış ve doğum eylemi kısa süre içinde ve daha kolay biçimde gerçekleşmiştir (Geissbuehler, Stein & Eberhard, 2004; Swain, 2013; Pairman, 2015). İngiltere’de suda doğum eyleminin formal bir klinik uygulama olarak kabulü 1994 yılında olmuştur ve doğum havuzu ünitesi bulundurulması tüm doğum tesislerine önerilmiştir. (UKCC, 1994; RCM, 2006).

Suyun kaldırma kuvveti, hidrostatik basınç ve buna bağlı termal değişiklikler hidroterapinin pozitif etkilerinden bazılarıdır. Suyun kaldırma kuvveti, doğum eyleminde kadının çok daha kolay hareket etmesini sağlamaktadır (Yıldırım, 2005; Macdonald, 2012; Swain, 2013). Bu durum doğum sırasındaki nörohormonal etkileşimleri, ağrıların azalmasını ve doğum olayının optimizasyonunu kolaylaştırmaktadır (Yıldırım, 2005; Mollamahmutoğlu vd., 2012). Suda doğum, doğumun ilk evresinde, iyileşmiş uterus perfüzyonu, daha az ağrı duyulan kasılmalar, daha kısa ve az müdahale edilmiş doğum olayları ile ilişkilendirilir (Zanetti-Daellenbach vd., 2007; Macdonald, 2012; Dahlen vd., 2013; Pairman, 2015; Toker & Ovalı Uran, 2015 ). Doğumun ikinci evresinde ise suda doğum, farmakolojik ağrı kesici alımını azaltması ve dolayısı ile perineal travmaların azalmasında rol oynamaktadır. Bu durumlar, annenin doğumdaki memnuniyetini arttırmaktadır (Chaichian, 2009; Garland, 2011; Swain, 2013; Pairman, 2015).

Fetüs, annenin normal doğuma göre daha gevşemiş halinden birçok anlamda kazanç sağlar. Bunlardan en önemlisi plasental oksijen perfüzyonunun artmasıdır (Cluett & Burns, 2009; Menakaya vd., 2013). Doğal bir uyuşturucu ilaç olan endojenöz endorfin bu anlamda etkin rol oynamaktadır. Annenin ağrıya bağlı korku ve stresi daha az yaşadığı suda doğum eyleminde, oksitosin salınımı gerçekleşir ve daha etkili kasılmalar tetiklenir. Suda doğum, oksitosin etkisini bastıran stress hormonlarını, katekolaminler, azaltır ve oksitosin salınımı daha etkili hale gelir. Suda doğumun fetüs açısından başka bir yararı ise pelvik çapta hareketi maksimize olmuş annenin rahatlamış pozisyonlarına çok daha iyi adapte olabilmesidir (Kassim, Sellars & Greenogh, 2005; Zanetti-Daellenbach, 2007; Young & Kruske, 2013). Bebek açısından değerlendirilmesi gereken konular başlıca ısı düzenleme, enfeksiyon, solunum zorlukları ve kordon kopmasıdır (Kassim vd., 2005; Mammias & Thiagarajan, 2009; Swain, 2013).

Oldukça komplike ve çok yönlü olan doğum süreci fizyolojik, duygusal, psikolojik ve sosyal birçok elementi içinde barındıran bir yaşamsal olgudur. Bu bağlamda doğum, yüksek oranda kişiye bağlı ve sonuçları kesin olarak kestirilemeyen bir süreçtir (Sharmila, 2012). Bu çalışmanın **amacı**; gebelerin suda doğumun anne, fetüs ve yenidoğana fiziksel ve fizyolojik etkileri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve suda doğum ile ilgili farkındalıklarını arttırmaktır.

Araştırmamızın hipotezleri:

- Ülkemizde gebeler suda doğum ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir.
- Suda doğum ile ilgili bilgi düzeyi yeterliliği en çok olan grup üniversite mezunu kadınlardır.
- Suda doğum ile ilgili en çok doğru bilinen önerme "Suda doğum, doğum ağrılarını azaltır." ifadesidir.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Normal Doğum Tanımı**

Normal doğum eylemi, pelvis üzerinden fetüsün inişi ile birlikte serviksin efesman ve dilatasyonuna neden olan düzenli uterus kontraksiyonları gerektiren, bebeğin spontan vajinal doğumu ve ardından plasenta ve zarlarının çıkarılması ile karakterize klinik bir süreçtir (Mcdonald, 2012; Pairman, 2015). Doğum eylemi dört evreye ayrılmıştır.

#### **2.1.1. Doğumun I. Evresi**

Doğumun I. evresi boyunca, miyometrial kontraksiyonlar serviksin silinme ve dilatasyonuna yol açmaktadır. Miyometrial kontraksiyonların kontrolü plasental hormonların (prostaglandin, oksitosin, östrojen, progesterone ve relaksin) değişen konsantrasyonları ile sağlanır. Doğumun I. evresi çoğunlukla latent ve aktif faz olarak ikiye ayrılmaktadır.

*Latent fazda;* kontraksiyonlar mevcuttur, ancak servikal dilatasyon yavaştır. Bu faz için zaman çerçevesi oldukça değişiklik göstermektedir.

*Aktif fazda;* güçlü, etkili kontraksiyonlar servikal dilatasyona yol açar. Servikal dilatasyonun 4 cm olması aktif doğumun başlangıcı olarak kabul görmektedir (Pairman, 2015).

#### **2.1.2. Doğumun II. Evresi**

Doğumun II. evresi bebeğin doğumu ile sonuçlanır. Doğumun II. evresi boyunca, uterus kontraksiyonları abdominal kaslar tarafından desteklenerek, bebeğin doğum kanalından hareketini sağlayan itici güçleri oluştururlar. Bu evrede ortalama olarak kontraksiyonlar, her 2-3 dakikada 1 gelen, 60-70 saniye süren ve 60-80 mmHg şiddetinde olarak karakterize edilmektedir (Mcdonald, 2012; Pairman, 2015).

Doğumun II evresi primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5-30 dakika sürmektedir (Gibbs vd., 2010).

#### **2.1.3. Doğumun III. Evresi**

Doğumun III. evresi, plasenta ve zarların ayrılması ve doğumunu kapsar. Ayrılma genellikle bebeği doğurtan kontraksiyonlar ile başlar. Bu evre fizyolojik olarak (müdahalesiz) veya aktif olarak (müdahaleli) gerçekleşmektedir. Sıklıkla 5 dakika olmakla birlikte, 5-30 dakika içerisinde plasenta ve zarların doğumu gerçekleşmektedir (Cohen, 2007; Pairman, 2015).

#### **2.1.4. Doğumun IV. Evresi**

Doğum sonrası 1 saatlik dönem, doğumun 4. evresi olarak değerlendirilir (Gibbs vd., 2010). Bu evre, uterusun kendisini toplaması ve doğum sonrası kanamanın azalması açısından önemli olup, anne yakından takip edilmelidir.

Normal spontan doğum süreci, doğumun bu evrelerinden oluşmaktadır. Eğer bu süreçte indüksiyon uygulaması, epizyotomi, vakum ve forceps uygulamaları yapılırsa müdahaleli doğum olarak adlandırılmaktadır. Gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım; gebelik ve doğumun bir hastalık olmayıp, bedenin doğal, sağlıklı ve fizyolojik bir işleyişi olduğu ve en az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. Bu duruma paralel olarak son zamanlarda doğal doğum kavramı ortaya çıkmıştır. Doğal doğum, mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır (Sayiner & Özerdoğan, 2009). Bu dönemde kadınlara verilen rahatlatıcı ve bilgilendirici özellikte olan destekleyici ebelik bakımı, kadınların korkularını azaltarak daha olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlayabilir.

## **2.2. Dünya’da Ve Türkiye’de Doğumların Durumu**

Son dönemlerde doğum, fizyolojik bir süreç olmaktan çok korkulan ve müdahale gerektiren bir durum olarak düşünülmektedir. Bu durumun sonucu olarak da, müdahaleli doğumlar ve sezaryen sectio (C/S) oranları giderek artmaktadır (Black vd., 2016). Tüm dünyada artma eğiliminde olan sezaryen doğumlarda Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) önerdiği oran %15 olarak belirtilmiştir (Demirgöz Bal, Dereli Yılmaz & Kızılkaya Beji, 2013, WHO 2001).

Tıbbi bir endikasyon oluştuğunda anne ve bebek ölümlerini önemli derecede azalttığı belirtilen C/S prevalansının, pek çok ülkede önerilen seviyenin üzerinde olduğu görülmektedir. DSÖ 2014 verilerine göre C/S oranları; Amerika Birleşik Devletleri’nde %33, İtalya’da %38, Brezilya’da %54, Meksika’da %39, Kore’de %13, Çin’de %27, Japonya’da %19, İsviçre’de %12, Almanya’da %32, Türkiye’de %37’dir (Öner & Koçaş, 2016). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre C/S oranlarının 2003’te %21, 2008’de %37 ve 2013 verilerinde %48 olduğu görülmektedir. İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı’nın (OECD) son yayınlanan ‘Bir Bakışta Sağlık 2015’ raporuna göre, Türkiye’de her 100 canlı doğumun 50.4’ünün sezaryen ile gerçekleştiği ve Türkiye’nin, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahip olduğu bildirilmiştir (OECD, 2015). T.C Sağlık Bakanlığı 2015 verilerinde ise sezaryen oranı %52 olarak bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2015).

Dünya genelinde en sık yapılan majör cerrahi işlemler arasında yer aldığı belirtilen C/S ile doğumun başlıca istenme nedenleri arasında; normal vaginal yol ile doğumun uzun ve ağrılı olması, anne adaylarının oluşabilecek sıkıntılardan çekinmeleri, pelvik tabanın C/S'de hasar görmemesi, eski C/S sayısında artış, paritede azalma, çocuk sahibi olma yaşının ilerlemesi yer almaktadır (Öner & Koçaş, 2016).

Kadınların olumsuz doğum deneyimi yaşamalarının ve sezaryen doğuma yönelmelerinin altında yatan ana faktör ise doğum korkusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Serçekuş, 2011). Kadınların doğum tercihleri üzerine yapılan çalışmaların çoğu, doğum korkusu ve isteğe bağlı sezaryen ile sağlanan maternal bakımın şartları arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Yüksek gelirli İskandinav ülkeleri, maternal bakımda kadınların çoğu ihtiyacını karşılamaya yönelik yaklaşımı sayesinde sezaryen oranlarının en az görüldüğü ülkeler arasında yer alması doğum korkusu-sezaryen-maternal bakım arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Dweik & Sluijs, 2015).

### **2.3. Doğum Korkusu**

Gebelik sırasında belli düzeyde yaşanan kaygı, yaklaşan doğuma hazırlığın bir parçası olarak düşünülür. Ancak bazı kadınlarda bu his, olumsuz sonuçların yaşanabileceği doğum korkusuna dönüşmektedir (Sydsjö vd., 2015). Bu olumsuz sonuçlar arasında, uzun süren aktif doğum, yüksek oranda ağrı kesici kullanımı, acil ve isteğe bağlı sezaryen oranlarında artış ve olumsuz doğum deneyimi yer almaktadır (Stoll, Edmonds & Hall, 2015; Sydsjö vd., 2015).

Kadınların gebelik ve doğum korkuları çok boyutlu ve karmaşıktır. Pek çok faktör doğum korkusu ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre; doğum hakkında bilgi eksikliği, doğum ağrısı, zor doğum, sağlık personelinin tutumu, perinenin hasar görmesi, epizyotomi, sosyal öğrenmeler, doğum sürecine yapılan çeşitli müdahaleler, bebeğinin zarar görmesi, bebeğin ölmesi, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi gibi faktörler annenin korku ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Melender, 2002, Serçekuş & Okumuş, 2009, Çiçek & Mete, 2015).

Evrensel olarak, doğum korkusu kadınların %2.5-25'ini etkilediği ve medical sebep olmaksızın planlı sezaryenlerin bu durumdaki kadınlar arasında daha yaygın olduğu görülmektedir (Stoll vd., 2015; Larsson vd., 2015). Kadınların çevreden duyduğu, öngördüğü veya deneyimlediği durumlar sonucu oluşan doğum korkusu, bazı demografik ve psikososyal faktörler ile bağlantılı olup, şiddeti her kadında farklı düzeyde yaşanmaktadır (Sydsjö vd., 2015; Çiçek & Mete, 2015).

### **2.3.1. Korkunun Doğuma Etkisi**

Yapılan araştırma bulgularına göre; gebelikten kaçınma, gebeliğin sonlandırılması, acil ve elektif sezaryeni içeren doğum müdahalelerinde artış ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Greathouse, 2014). Korkunun, aynı zamanda postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu ve anne-bebek bağının bozulması gibi postpartum dönemde olumsuz sonuçları doğurduğu bildirilmektedir. (Storksens, 2015).

Korku aynı zamanda hormonal stress mekanizmasını etkilemektedir. Kortizol, fizyolojik olarak gebelik boyunca artış gösterir ve doğum sürecinde de artmaya devam eder. Bu artış, glikoz dengesini sağlayarak anneyi hipoglisemiye karşı korumak için önemlidir. Ancak kortizolün aşırı yüksekliği stres göstergesidir (Barta 2010).

Korku sinyalleri algılandığında hipotalamo-hipofizer sistem ve otonom sempatik sistem uyarılır. Hipotalamustan salgılanan kortikotropin serbestleştirici faktör (CRF), hipofiz ön lobundan Adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılatır. ACTH salgısının yükselişi, adrenal korteksi uyararak vücudu savunmaya hazırlayacak kortizolün salınmasına sebep olur. Böylece solunum hızı ve nabız artar, büyük damarlar kontrakte olur ve organlara giden kan akımı azalır. Uterusta kasların çalışması için elzem olan kan ve oksijenin azalmasıyla servikte distansiyon gelişir ve sertleşir. Sonuç olarak, doğum eylemi uzar ve kontraksiyonlar daha şiddetli hissedilir (Serçekuş, 2011; Tatarlar, 2015).

### **2.4. Doğum Ağrısı**

Ortalama kırk hafta olan gebelik, ağrının eşlik ettiği ve bu sebeple çoğu kadının korktuğu bir olay olan doğumla sonuçlanmaktadır. Bazı kadınlar ağrı ile baş etme yetenekleri konusunda endişe yaşar ve bu durum kadınlarda olumsuz doğum kontrolü algısı ve doğum memnuniyeti ile sonuçlanır (Macdonald, 2015). Yaşanan tüm olaylarda tecrübe edildiği gibi doğum eyleminde de ağrı önemlidir. Doğum doğal bir fenomen olmasına rağmen, kadınların çoğunda şiddetli veya olağanüstü kabul edilen bir ağrının yaşandığı ortaya konmuştur (Tournaire & Theau-Yonneau, 2007).

Doğum ağrısı fizyolojik, psikolojik, çevresel ve kültürel faktörlerin etkileşiminde olan kompleks, kişisel ve sübjektif bir deneyimdir (Lowe, 2002). Fizyolojik faktörler, doğum kanalına ait dokulara olan baskı ve dokuların gerilmesi ile psikolojik faktörler ise, doğum sürecindeki anksiyete, korku ve onlarla baş etme yeteneği ile ilişkilidir. Ayrıca öğrenilmiş davranışlar ve kültürel değerler de ağrının algılanmasını ve ağrıya verilen cevabı etkilemektedir (Yüksel vd., 2015).

Tarih boyunca doğum, ağrı ile ilişkilendirilmiş ve baş etmede çeşitli bitkiler kullanma, şarap içme, sıcaklık, basınç, su ve güneş kullanımı kayıtlara geçmiştir. 20. yüzyılın başından bu yana, doğum ağrısını azaltmak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan pek çok yöntem kadınlara yardımcı olmaktadır. Epidural anestezi, pethidin, azot oksit, meperidin (Demerol), paraservikal blok kullanımı farmakolojik methodlar arasında yer alırken, anne ve bebek üzerinde olumsuz etkileri bulunmayan sosyal destek, solunum teknikleri, masaj, hidroterapi gibi farmakolojik olmayan çeşitli yöntemler de doğum ağrısı ile baş etmede kullanılmaktadır (Ampofo & Caine, 2015).

Doğumda rahatlama ve pozitif düşünmeyi sağlayarak ağrıyı azaltmayı amaçlayan nonfarmakolojik yöntemlerin etkisi kapı kontrol teorisi (KKT) ve endorfin teorisine göre açıklanmaktadır (Simkin & Bolding, 2004). KKT'ye göre, medulla spinalisin arka boynuzunda ağrı duyusunun şiddetini kontrol edebilen bir kapı bulunmaktadır. Deri uyarımı ile aktiflenen büyük çaplı lifler, küçük çaplı lifleri baskılayarak kapıyı kapatırlar. Böylece uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenerek ağrı hissi engellenmektedir. Endorfin teorisine göre ise, bazı deri uyarımlarında vücudun doğal morfini olan endorfinlerin salınımı artarak ağrı azalmakta ya da giderilmektedir (Özveren, 2011; Mamuk & Davas, 2010).

Ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler, ağrının sadece fiziksel duyumunu değil, aynı zamanda psiko-sosyal ve manevi duygularını da güçlendirerek ağrıyı hafifleten çok çeşitli teknikleri içermektedir (Macdonald, 2012). Bu yaklaşımda ağrı, normal doğum sürecinin bir yan etkisi olarak algılanmaktadır ve primer amaç ağrıyı ortadan kaldırmak olmayıp, kadınların ağrı ile daha iyi baş etmesine yardımcı olmaktadır (Ampofo & Caine, 2015). Bunun için kadınlara doğuma hazırlık eğitimi verilmesi ve bu eğitimde doğumda aktif yer alan ebelerin yer alması önemlidir. Normalleşen doğumlarda, güvenli ve yüksek kalitede maternal bakımın sağlayıcısı ebelerin yetkinliklerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Barry, 2015).

## **2.5. Alternatif Doğum Yöntemleri**

Doğum doğal bir olay olarak kabul edilse de, eşlik eden ağrının varlığı kadınların doğumdan korkmasına neden olmaktadır (Pairman, 2015). Bu sebeple, kadınlarda duygusal değişikliklerin yoğun olarak yaşandığı, heyecan verici olan doğum sürecini kolay ve rahat bir şekilde geçirmeyi amaçlayan alternatif doğum yöntemleri, dünya genelinde popüler olmaktadır (Sharmila, 2012). Doğuma alternatif yöntemlerde arasında Bradley metodu, Lamaze metodu, Hipnoz ile doğum, evde doğum ve suda doğum yer almaktadır (McKinney, 2006). Anne adayları ve eşini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemleri en güzel şekilde geçirmeleri ve doğru karar vermelerini sağlayan doğuma hazırlık eğitimlerinde çiftlere, alternatif

doğum yöntemleri konusunda farkındalık sağlanmakta, bilinçlendirilmekte ve eğitim verilmektedir (Coşar & Demirci, 2012).

Çalışmamızın devamında doğum ağrısı kontrolü başta olmak üzere anne ve bebek için pek çok yararı olduğu kabul edilen alternatif doğum yöntemlerinden suda doğum, literatür ışığında ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

## **2.6. Suda Doğumun Tanımı**

Suda doğum, doğum olayının suyun altında gerçekleşmesi durumu için kullanılan bir terimdir (Swain, 2013). Daha açık bir ifade ile doğum olayının 3 evresinden herhangi birinin veya tümünün, doğum olayını gerçekleştiren kadının batın bölgesinin tamamen suyun altında olacak şekilde gerçekleştiği durumlar için kullanılan bir tanımlamadır (Ergin, 2015). Eylemi gerçekleştiren kadının batın bölgesinin suyun içinde kalmasını sağlayan düzenek ise doğum küveti, doğum havuzu veya doğum haznesi olarak adlandırılır (Cluett & Burns, 2009).

## **2.7. Suda Doğumun Tarihçesi**

Suda doğumun veya suyu terapötik bir ortam olarak kullanmanın kökeni tam olarak bilinemese de, özellikle suya bütün olarak veya kısmen batırılarak uygulanan fizyolojik ve psikolojik birçok tedavi yönteminin, modern zamanların çok öncesinde Çin'de Mısır'da, Japonya'da ve sonrasında ise Roma İmparatorluğu'nda ve Eski Yunan Medeniyetinde kullanıldığına dair kayıtlar mevcuttur (Reid Campion, 1997; Garland, 2011). Ilık su dolu bir doğum küveti, klinik bir uygulama olarak, doğum evrelerinden biri veya birkaçı esnasında uygulama, rahatlama ve ağrıyı hafifletme amaçları doğrultusunda uzun süredir kullanılmaktadır (Garland & Jones, 2000; Menakaya vd., 2013).

Avrupa'daki ilk belgelenmiş suda doğum olayı 1803 yılında Fransa'da sıcak su havuzlarının doğuma yardımcı olması amacıyla uygulanmaya başlamasıyla kayıtlara geçmiştir. Rus bir gemi yapımı ustası olan Igor Tjarovsky, 1970'lerde doğum olayının suyun içinde yapılmasını destekleyen bir kurumun kurulmasına önyak olmuştur ve suda doğuma teşvik amacı ile Sovyet Rusya'da kayıtlara geçmiştir. Doğum eylemini, fizyolojik olarak maksimum verimlilikte gerçekleştirmek için doğum olayını suda gerçekleştirmeye birçok anne ikna olmuştur. Bu akımdan sonra Michel Odent kademeli olarak suda doğumu Avrupa ülkelerine tanıtmıştır (Odent, 1983). 1994 yılında İngiltere resmi olarak suda doğumu klinik bir uygulama kategorisinde kabul etmiş ve Dünya'da ilk uluslararası düzenlenen suda doğum konferansı, 1995 yılında İngiltere'nin Londra şehrinde düzenlenmiş ve bunun sonucunda birçok araştırma etkinlikleri ve başka uluslararası konferanslar düzenlenmiştir (Cluett & Burns 2009). Günümüzde birçok ülke suda doğumu klinik bir uygulama olarak kabul

etmekte ve doğum merkezleri, hastanelerin doğum bölümleri gibi kuruluşlara suda doğum üniteleri kurmaları için teşvik etmektedir.

## **2.8. Suda Doğuma Bakış**

Suda doğum olayının anne ve fetüs üzerindeki etkileri, çoğunlukla gözlemsel olarak yapılan deneylerin verilerine dayalıdır (Garland & Jones, 1997; Garland, 2002; Geissbuehler vd., 2004; Ohlsson vd., 2001; Thoeni, Zech, Moroder & Ploner, 2005). Suda doğum olayı üzerine yapılan rastgele seçilmiş kontrollü deneylerin deney prosedürlerinin kabul edilirliliği üzerine zaman zaman tepkiler meydana gelmiştir. Bu gibi tartışmalar ve karşı çıkmalar birçok ebe ve anne tarafından dikkate alınmasa da, akademik çatışmaların sürdüğü ilk zamanlarda bazı ebe ve anneler bu uygulamayı reddetmiştir. Araştırmaların tutarlılığı ve rastgele seçilmiş kontrollü deney düzeneklerinin güvenilirliğinin artması ile de günümüzde hemen her kuruluş ve ebe, birçok anne ile birlikte suda doğumu klinik bir uygulama olarak görmektedir (Garland & Jones, 1994). Suyun derinliği, doğum havuzunun genişliği ve havuz içerisindeki suyun hareketli ya da sabit olması gibi detaylandırılmış karşılaştırmalar henüz daha birincil öncelikte dikkate alınmasa da, bilimsel araştırmalar doğrultusunda büyük ölçüde optimize edilmiştir.

Anne ve bebek üzerindeki fizyolojik etkileri, bilimsel araştırmalara dayalı olarak büyük ölçüde literatüre kazandırılmış ve kazandırılmaya devam etmektedir (Edlich vd., 1987; Dahlen, Dowling, Tracy, Schmied & Tracy, 2013). Suda doğum olayının, doğumun her evresini ayrı ayrı dikkate alarak hazırlanmış deney düzenekleri, annenin psikolojik ve fizyolojik olarak nasıl etkilendiğini ve aynı zamanda bebek ve anne için ısı regülasyon, enfeksiyon ve solunum fonksiyonlarını birincil olarak ele almış deney düzenekleri de mevcuttur. Bu anlamda, birçok bilimsel araştırma ve yayın, suda doğum süreci için literatüre geçmiştir.

Suda doğum olayının kapsamlı bir şekilde farklı yönlerini ele alarak hazırlanmış kontrollü deneyler on yıllardır yapılmaktadır. Bu deneylerin detaylı analizi ve yorumlamasını içeren inceleme makalelerinin de özellikle son yıllarda yayınlandığını gözlemleyebiliriz. Yapılan en kapsamlı inceleme makalelerinden bir tanesi de Poder ve Lariviere'in suda doğumun risklerini ve faydalarını incelediği ve 2014'de yayınlanan makaledir (Poder & Lariviere, 2014). Bu inceleme çalışması, Ocak 1989'da başlatılmış olup 2013'e kadar sürmüştür. Makalenin oluşturulmasında dünyanın en kapsamlı veritabanları olan PubMed, Embase ve Cochrane veritabanları baz alınarak incelenmiş ve literatüre suda doğumun en kapsamlı yarar ve risk inceleme çalışmalarından biri olarak kazandırılmıştır.

Hannah G. Dahlen'in önderlik ettiği bir başka grup ise, oniki yıldan fazla süre boyunca, suda doğum sürecinde annenin pozisyonu ile karada doğumlarda kullanılan en popüler 6 doğum pozisyonunu karşılaştırmıştır.

Bu karşılaştırma süreci ve oluşturulan makale de daha sonrasında birçok çalışmaya veri hazırlamış olup, literatürdeki en önemli çalışmalardan bir tanesidir. Bu çalışma süresince amaç, perineal travmaların oranını saptamak başta olmak üzere çeşitli komplikasyonların ölçümlerini almak olmuştur. Çalışmanın güvenilirliği, kontrollü deney sürecinin oniki yıldan fazla sürmüş olmasından ve sekizbin doğum olayından fazlasını kapsamasına dayanmaktadır. Avustralyalı ebe ve doktorlar binlerce suda doğum olayında elle yazılmak kaydı ile notlar almış ve aynı zamanda annenin hastane ortamında tüm yaşamsal faaliyetlerini de kayıt altına almışlardır (Dahlen vd., 2013).

2009 yılında yayınlanan ve Cluett ve Burns tarafından bir inceleme çalışması olarak oluşturulan makale ise dünya çapında en çok kabul görmüş yayınlardan bir başkasıdır. Bu çalışma yüzlerce farklı araştırma tarafından referans olarak kullanılmış ve sayısız veri tabanı ve makale incelemesi sonucunda oluşturulmuştur (Cluett & Burns, 2009). Çalışmanın amacı, rastgele hazırlanmış kontrollü deney düzeneklerine dayanarak suda doğum olayının anne ve bebek üzerindeki etkilerini açığa çıkarmak ve literatürde bulunan sayısız çalışmayı bir özet şeklinde kazandırmaktır.

## **2.9. Suda Doğumun Yararları**

### **2.9.1. Suda doğumun anne açısından yararları**

Dünya çapında kabul görmüş en önemli tıp enstitülerinden biri olan Cochrane'in gebelik ve doğum grubunun 2007'de yayınladığı bildiriye göre, Cochrane doğum grubunu da içeren birçok enstitünün katılımları doğrultusunda, katılımcıların %78'i travay sırasında ağrıyı azaltmayı, doğum evreleri arasında birincil önem arz etmişlerdir (Cluett & Burns, 2009). Birçok fizyolojik ve psikolojik etkenin, doğumun ilk evresindeki ağrı döneminde etkisi olduğu söylenebilir (Lowe, 2002; Simkin & Bolding, 2004). Ağrı evresindeki algı, insandan insana değişir ve şiddeti de buna bağlı olarak fark gösterir. Sıkça karşılaşılsa da, doğumun ilk evresinde ve doğum sırasında ağrı hissetmeyen vakalarla karşılaşılmıştır (Gaskin, 2003). Bunun dışında vakaların hemen hepsinde doğum ağrısı sırasındaki acı, kadınlar tarafından, hayatlarında karşılarına çıkan en şiddetli durum olarak betimlenmiştir (Melzack, 1984).

Doğum olayını gerçekleştirecek kadının batın bölgesinin suya batırılması, takibinde ise doğum evrelerinden ilkinin veya tümünün suyun altında gerçekleştirilmesi oldukça uzun bir geçmişe sahiptir. Bu uygulamanın en temel nedeni ise doğum yapan kadının daha rahat hareket etmesi ve ağrının hafiflemesi olarak saptanmıştır (Garland & Jones, 2000; Toker & Ovalı Uran, 2015). Literatüre geçen araştırmalara dayanarak suda doğum olayının, perine bölgesinin esnekliğini arttırmak, perineal travmaları ortadan kaldırmak veya şiddetini önemli ölçüde azaltmak gibi, doğum eyleminde annenin hissettiği ağrı ve rahatsızlığın en



büyük sebepleri üzerinde önemli etkilere sahip olduğu kanıtlanmıştır (Maude & Foureur, 2007; Cluett & Burns, 2009; Mollamahmutoğlu vd., 2012).

Suda doğum olayını tercih edilebilir kılan birçok fizyolojik sebepten bahsedilebilir. Su küvetinin içinde bulunmanın yarattığı hidrostatik basınç etkisi dolayısı ile, annenin hareket kabiliyeti ve kasılma sırasındaki rahatlığı en büyük kolaylık sağlayan durumdur. Hem fetüs hem de anne açısından bu pozisyon rahatlıkları, doğum olayı gerçekleşirken rahatlama ve esneklik sağlar (Cluett & Burns, 2009). Doğum olayının evrelerinde, doğum yapan kişinin ılık suyun içinde bulunması rahatlama, esneklik ve ağrının önemli düzeyde azalması için uzun süredir kullanılmaktadır (Garland & Jones, 2000; Menakaya vd., 2013). Aynı zamanda perinal travma ve Apgar skorları aynı olan anne-bebek çiftleri üzerinde yapılan kontrollü deneyler neticesinde, epidural ağrı giderici kullanma ihtiyacı, doğum olayını gerçekleştiren kadınlarda önemli ölçüde ortadan kalkmış veya azalmıştır. Dünya çapında kabul görmüş en kapsamlı veri tabanlarında suda doğum olayları üzerinde yapılmış tüm kontrollü deney düzeneklerini ve sonuçlarını inceleyerek, Cluett ve Burns ikilisinin vardığı sonuçlara göre ise, suda doğum olayının anne veya bebek üzerinde oluşturduğu herhangi bir olumsuz etkiye rastlanmamıştır (Cluett & Burns, 2009).

Rahatlama etkisinin yanı sıra, ılık suda doğum olayının gerçekleşmesi, ilerleyen sürecin optimizasyonunda ve gerçekleşen nörohormonal etkileşimlerin iyileşmesinde de etkin rol oynar (Yıldırım, 2005). Bu durum, katekolaminler gibi, stres hormonlarının salınmasını büyük ölçüde engeller. Stres hormonları doğumun ilk evresinde vücutta gerçekleşen hormonal düzeni ve özellikle de oksitosin aktivitesini baskılayıcı özelliğe sahiptir (Ohlsson vd., 2001). Suda doğum olayı aynı zamanda gelişmiş uterin perfüzyonları ve daha az ağrı duyulan kontraksiyonlar ile de ilişkilidir. Bu iki durum yalnız başına doğumun ilk evresindeki ağırlı sürecin kısalmasına ve doğum olayını gerçekleştiren kadına daha az müdahale edilmesine etkindir (Aird vd., 1997; Garland & Jones, 2000; Moneta vd., 2001; Otigbah vd., 2000; Zanetti-Daellenbach vd., 2007). Doğum sürecinde ılık suda bulunan kadının mobilite kabiliyeti, fetüsün ve annenin uygun pozisyonlara kolaylıkla gelerek doğum olayının verimini maksimize eder (Maude & Foureur, 2007; Toker & Ovalı Uran, 2015).

Doğum sırasınca devam eden hidroterapi, kardiyovasküler sistem üzerinde önemli ölçüde fizyolojik etkiye sahiptir (Cefalo & Hellgers, 1978; Woodward & Kelly, 2004). Kadının abdomen bölgesinin tamamı ile suyun altında olması, kan basıncını rahatlatıcı seviyede düşürür ve periferik kan damarlarının vazodilatasyonu tetiklendiği için de kan akışı karada doğumlara nazaran daha düzenli ve aktif halde devam eder (Richmond, 2003). Kan akışının düzenli olmasına ve stress hormonlarının da azalmasına bağlı olarak doğumun ilk evresindeki kadın, doğum olayının kontrolünü elinde tutar, psikolojik ve fizyolojik olarak hem doğum

süresince hem de doğum sonrası sağlığını daha etkin bir biçimde muhafaza eder (Green, Coupland & Kitzinger, 1990).

Doğum olayının ikinci evresinde ise suda doğumun tercih edilmesi, farmakolojik ağrı kesicilerin alınmasına duyulan ihtiyacı etkin bir şekilde azaltır ve buna bağlı olarak da perineal travmalar önemli ölçüde engellenmiş olur. Suda doğumu tercih eden annelerin, aynı zamanda ikinci evrenin sonunda, doğum olayından daha tatmin olmuş oldukları kayıtlara geçmiştir (Burns, 2001, Garland & Jones, 2000; Young & Kruske, 2013).

Literatüre geçmiş kayıt açısından en çok araştırmanın yapıldığı evre, doğum ilk evresi olan kasılmaların ve ağrıların yoğun olarak hissedildiği süreçtir. Tüm bu kontrollü deney ve çalışmaların ortak bir sonucu olarak suda doğum olayı, kasılmalara bağlı ağrının daha az hissedilmesinde, farmakolojik ağrı kesici ihtiyacının ve kısmî anestezi ihtiyacının ortadan kalkmasında önemli ölçüde etkilidir (Otigbah vd., 2000; Cluett & Burns, 2009; Chaichian, Akhlaghi, Rousta & Safavi, 2009; Geissbuehler vd., 2004; Mollamahmutoğlu vd., 2012).

Perine bölgesindeki ve epizyotomi uygulamalarındaki travma riski açısından yapılan ve sonuçlandırılmış çalışmalarda, suda doğumu tercih eden ve karada normal doğum yapan vakalar arasında kayda değer bir fark görülmemiştir. Bazı çalışmalarda ise perine bölgesi travmalarında, ılık ve optimize koşullardaki doğum havuzu suyunun bir etkisi olarak, azalma olduğu kayda geçmiştir (Taha, 2000; Toker & Ovalı Uran, 2015).

Sonuç olarak, suda doğumu tercih eden kadınların büyük bir kısmı, doğum olayından yüksek tatmin duyduklarını ve bir sonraki olası hamileliklerinde suda doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Azalan stress hormonlarının etkisi ve suyun yarattığı hidrostatik kaldırmaya bağlı hareket kabiliyeti ile, daha az ağrı hissedildiği ve doğum olayının karada doğumlara nazaran daha kolay ve kısa sürede gerçekleştiği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Cammu, Clasen, Van Wetteren & Derde, 1994; Cluett & Burns, 2009; Taha, 2000; Young & Kruske, 2013).

### **2.9.2. Suda doğumun bebek açısından yararları**

Yapılan çalışmalar neticesinde suda doğum sonrasında bebeğin bundan fazlaca yarar sağladığına dair güvenilir bir kayıt literatürde mevcut değildir. Daha rahat hareket edebilen ve oksitosine bağlı hormonal fonksiyonları optimum düzeyde çalışan annenin kasılmalarındaki rahatlık sebebi ile plasental oksijen perfüzyonu maksimize durumdadır ve bebek üzerinde bu durumun fizyolojik yararları mevcuttur (Woodward & Kelly, 2004). Doğum yapan kadının stress içerisinde olmamasına bağlı oksitosin hormonu işlevi, daha rahat ve etkili kontraksiyonlara yol açar ve bebeğin içerideki hareketi de böylece optimize olur. Annenin suyun içerisindeki rahat hareketlerine bağlı olarak da bebek, anne içerisinde gerçekleştirdiği dışarıya doğru itilme eylemi süresince daha kolay adapte olur. Doğum

havuzunun yeterince büyük olması kaydı ile anne, rahat hissettiği pozisyonlara kolaylıkla girebilir ve bebeğin ilerlediği bölgedeki pelvik genişlikleri maksimize edebilir (Gilbert & Tookey, 1999; Nguyen vd., 2002; Mollamahmutoğlu vd., 2012; Pairman, 2015).

Rahatlamış anneden, bebeğin de fayda sağladığı öne sürülmüş bir hipotezdir. Annenin daha rahat olduğunun tanımlaması, kanıtlanmış optimum plasental perfüzyonlardan ve doğal ağrı kesiciler olan endorfinleri ve ensepalinleri içeren euploidlerin salgılanmasından yola çıkılarak yapılır. Endorfinler ve ensepalinlerin salgılanması, suyun verdiği rahatlama hissine ve rahat hareket edebilme kabiliyetine bağlıdır ve bu durumdan bebeğin de yarar sağladığı sonucuna teorik olarak varılmaktadır. Bağlantılı olarak, korku ve stres içinde olmayan annenin oksitosin salınımı optimize olur ve optimum oksitosin miktarı daha etkin kas kontraksiyonlarını tetikler. Tüm bu etkiler birleşik olarak bebeğin hareketini ve yaşamsal faaliyetlerini olumlu yönde etkiler (Ohlsson vd., 2001; Maude & Foureur, 2007; Toker & Ovalı Uran, 2015).

Suda doğumun bebeğin enfeksiyon kapmasına yol açtığı iddiaları üzerine yapılan kapsamlı kontrollü deneylerde, karada doğum ile suda doğum arasında, bebeğin enfeksiyon durumu açısından herhangi bir fark gözlemlenmemiştir. Bunun yanında, doğum sonrası bebeğin ihtiyaç duyduğu antibiyotik alımı oranında, suda doğum vakalarında azalma gözlemlenmiştir. Bu durum, anne karnında tamamı ile suyun içinde bulunan bebeğin, 9 aydır bulunduğu ortama yakın bir ortama çıkışının, bebek üzerinde pozitif etkiye sahip olabileceği belirtilmiştir (Nikodem, Hofmeyr, Nolte & Jager, 1999; Thöni, Mussner & Ploner, 2010; Demirel vd., 2013).

Suda doğum ile dünyaya gelen bebeklerin ilk dakikalarında kardiyorespiratuvar adaptasyonları incelendiğinde iki farklı sonuca ulaşılmıştır. İlk 1 dakikalık süreçte suda doğum ve karada doğum sonucu doğan bebeklerin kardiyorespiratuvar adaptasyonlarında herhangi bir fark gözlemlenmemiştir. Ancak ilk 5 dakikalık ölçümler sonucu ortaya çıkarılan veri, suda doğum sonucu doğan bebeklerin, solunumsal adaptasyonda daha rahat olduğu gözlemlenmiştir (Otigbah vd., 2000; Thöni vd., 2010; Mollamahmutoğlu vd., 2012).

Umbilikal arter üzerinde yapılan 3 farklı çalışmaya göre, doğumun ilk iki evresinde kordonda ve arterdeki pH, suda doğumda karada doğuma göre herhangi bir fark yaratmamaktadır ve tamamı ile annenin fizyolojik stabiliteye bağlı olarak kayıtlara geçmiştir (Woodward & Kelly, 2004; Thöni vd., 2010).

Yapılan detaylı çalışmaların sonucunda, on binlerce doğum olayını baz alarak, suda doğumla ilişkilendirilen herhangi bir yenidoğan ölüm olayı kayıtlara geçmemiştir. Karada gerçekleşen doğum olayları ile sudaki doğumlar arasındaki ölüm-yaşam oranı neredeyse sabittir ancak az

sayıdaki vakada medikal müdahale yetersizliğine bağlı olan yenidoğan ölümleri bazı yetkililer tarafından, direk olmamak koşulu ile, suda doğumla ilişkilendirilmiştir (Robinson, 1993; Woodward & Kelly, 2004; Geissbuehler vd., 2004; Chaichian vd., 2009Thöni vd., 2010).

## **2.10. Suda Doğumun Olası Komplikasyonları**

Suda doğum olayının evrelerinde, özellikle de ilk evresinde, çalışma boyunca bahsedilen pozitif etkilerin yanı sıra, olası komplikasyonları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bire bir suda doğum ile ilişkilendirilmiş herhangi bir zarar veya komplikasyon bulunmasa da, dikkate alınması gereken belirli konu başlıklarından bahsedilebilir. Bunlar başlıca, ısı regülasyon, yenidoğanın solunum problemleri, enfeksiyon riski, annede kanama riski, plasentanın çıkarılması ve kordonun kesilmesi sırasında gelişebilecek komplikasyonlardır (Zanetti-Daellenbach, 2007; Toker & Ovalı Uran, 2015).

Termoregülasyon problemleri meydana gelebilecek olası komplikasyonların başında yer alır ve hem anne hem de yenidoğan açısından katı bir şekilde kontrol altında tutulması gereken bir başlıktır. Bu durumda, doğum havuzunda kullanılan suyun sıcaklığının annenin vücut sıcaklığının üzerine çıkmaması, fetüsün ateşlenmesini önlemek amacı ile son derece önem arz eder (Johnson, 1996; ). Doğum havuzunda veya havuz içerisine temas eden annenin bedeni ve ölçüm araçları tarafından uyarılan kontaminasyon riski her zaman mevcuttur. Çeşitli mikroplar, özellikle zararlı bakteriler, anneyi ve yenidoğanı enfekte edebilir ve çeşitli komplikasyonlara yol açabilir (Rosevear vd., 1993). Solunum zorluklarının en büyük sebebi ise bebeğin doğduğu andan itibaren devreye giren boğulma refleksine bağlı nefes alışı, henüz suyun içerisinde iken meydana gelir ise, yenidoğan doğum küvetinin suyunu ciğerlerine çekebilir ve hemodilüsyona, ciğerlerin su ile dolmasına ve hatta bebeğin ölümüne dahil olmak üzere pek çok ciddi komplikasyona sebep olabilir (Johnson, 1996).

Herhangi bir doğum olayında annenin ateşinin yükselmesinden sakınılmalıdır. Suda doğumun gerçekleştiği havuz suyunun sıcaklığının annenin doğal vücut sıcaklığından yüksek olması fetüste hipertermiye yol açabilir ve buna bağlı olarak metabolik bozunumlar açığa çıkabilir (Johnson, 1996). Çeşitli kontrollü deneyler ve teorik çalışmalarca belirlendiği üzere, annenin yüksek vücut ısısına sahip olması, fetüslerin ölüm oranları ve morbiditeleri ile yakından ilişkilidir (Cefalo & Hellgers, 1978; Deans & Steer, 1995; Johnson, 1996; Rosevear vd., 1993). Yapılan kontrollü deneyler neticesinde fetüs, annenin yükselen vücut sıcaklığına karşı çeşitli tepkiler vermiştir ve bu tepkiler, taşikardi, plasenta yatağının direncinin düşmesi ve ısı dağılımına bağlı metabolik komplikasyonlar olarak kategorize edilebilir (Cefalo & Hellgers, 1978). Plasentanın, belirli bir ısı yayılımının üzerindeki termal yükselişlere tolerasyonunun olmaması sebebi ile, termoregülasyonu optimize edilmemiş doğum olaylarında fetüs

mortalitesinde düşüş yaşanır. Yapılan hayvan ve insan deneylerine göre ise, hali hazırda doğum sürecinin kendisi ve fetüsün metabolik faaliyetleri ısı üretir ve bu ısıl artış kontrol altında tutulmalıdır (yıldırım, 2005; Pairman, 2015). Fetüsün metabolik faaliyetlerinden açığa çıkan bu ısı, birincil olarak dolaşım sistemi ile, anneye aktarılır. Göbek kordonunun ve plasentanın yüksek yüzey alanı ve sabit kan akışı bu ısı iletimini kolaylaştırır.

Termal iletimin olanak bulduğu bir başka yol ise fetüsün yüzeyidir. Fetüs derisinden amniyotik sıvıya geçen ısı buradan uterusu ve son olarak anneye aktarılır (Power, 1989). Annenin termoregülasyonunun sağlanamadığı durumlarda, fetüsten anneye geçen bu ısı fetüste kalır ve fetüsün ateşi yükselmeye başlar. Sıcaklığın yükselmesi ile birlikte gelişen artan oksijen ihtiyacı ve metabolik aktivite oranı, fetüsün kalp atışında artışa ve dolayısı ile fetüsün doğum olayı sırasında metabolik olarak zayıflamasına yol açar. Suda doğumda termoregülasyon doğum havuzundaki su aracılığı ile sürekli olarak sabitlenmelidir.

Bebeklerin dalma refleksi olması sebebi ile sağlıklı yenidoğanlar, doğum küvetinde boğulmazlar. Bu refleks yetişkinlerde bulunan ve suyun içinde nefes almalarına sebep olan refleksin tam tersidir. Fetüslerin boğaz bölgelerinde sayısız kemoreseptör vardır ve bu reseptörler yenidoğanların ciğerlerine su çekmelerini engeller. Bu reseptörlerin çalışarak yenidoğanın su solumasını engelleyen mekanizma, yüzde bulunan deri reseptörlerinin uyarılması ve bu uyarının trigeminal sinirlere ulaştırılarak uyarılmasına dayanır (Johnson, 1996). Fetüsün nefes alması hipofarinkste durdurularak engellenir. Bu mekanizma prostaglandin ve adonezin gibi bazı hormonal faktörler tarafından uyarılır ve oral farinkste yer alır. Serbest uçlu sinirler, tat reseptörleri gibi mekanizmalar da bu refleksin çalışmasında yer alır ve toplam etki olarak bebeğin sulu ortamda nefes alması engellenir (Johnson, 1996; Rosser, 1994). Bebeğin ciğerlerine su almasını engelleyen bu mekanizma hemen her zaman çalışsa da, nadiren neonatal ölümleri ciğerlere su dolması sebebi ile meydana gelebilir (Rosser, 1994; Burns, 2001). Bu tarz nadir durumların suda doğum üniteleri ile ilişigine yönelik kanıtlar mevcut değildir ve suda doğum bebeklerin ciğerlerine su dolmasına sebep olmaz. Ancak yenidoğanın anne uterusundan ilk çıktığı yerin doğum havuzu olması, ve bebekte bulunan metabolik bozuklukların bir araya geldiği durumlarda, solunum problemleri ortaya çıkabilir (Menakaya vd., 2013; Pairman, 2015) .

Yapılan kontrollü deneyler ve teorik çalışmaların gösterdiği üzere, yenidoğan veya fetüsün çapraz kontaminasyona maruz kalması olasıdır. Bu tarz kontaminasyonlar doğum havuzundan veya anneden kaynaklı olabilir (Hawkins, 1995; Rawal, Shah, Stirk & Mehtar, 1994). Pek çok deneysel çalışma, teorik varsayım, toplu ve randomize raporlar ve deneyime dayalı raporların gösterdiği sonuçlara göre suda doğum, bebeğin veya annenin mikrop kontaminasyonuna yol açmadığı veya kontaminasyon riskini arttırmadığı kanıtlanmıştır. Yenidoğan, fetüs ve

anneninin kontaminasyon riski her zaman bulunmakta ve doğum havuzuna bağlı bir enfeksiyonun varlığına rastlanmamıştır (Robertson, Huang, Croughan-Minihane & Kilpatrick, 1998; Otigbah vd., 2000; Zanetti-Daellenbach vd., 2007; Menakaya vd., 2013). Annenin ve görevlilerin uygun temizlik koşullarına uyduğu, doğumun evrelerinde annenin bulunduğu doğum havuzunda da olası kontaminasyonlarına karşı alınan önlemlerin yeterli olduğu durumlarda, birebir doğum havuzu kaynaklı herhangi bir enfeksiyona rastlanmamıştır (Toker & Ovalı Uran, 2015).

Yapılan araştırmalar neticesinde, annenin, fetüsün veya yenidoğanın enfeksiyon kapıldığı durumların hiçbirisinde doğrudan suda doğum havuzu veya protokolünün etkisine rastlanmamıştır. Karada meydana gelen doğum olaylarına nazaran suda doğum sırasında açığa çıkan enfeksiyon vakaları yüzdesel olarak aynı orandadır. İngiltere’de yapılan kapsamlı anket ve bilimsel değerlendirmeler sonucunda, suda gerçekleşen doğum olaylarının karada gerçekleşenler ile karşılaştırıldığında, enfeksiyon riskinde bir artış olmadığı ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde bu çalışmalar suda doğumun olası komplikasyonları azaltmadığını da ortaya koymuştur (Gilbert & Tookey, 1999; Thoeni vd., 2005; Garland, 2006; Macdonald, 2012).

Yapılan teorik çalışmalar suda doğumun anne üzerindeki negatif etkilerini varsaymıştır ve çeşitli riskler mevcuttur. Bunların içerisinde suda doğumun annede yaratabileceği gerçekdışı bir beklenti olan ağrı hissetmeyeceğidir. Ağrı hissetmeme gerçekdışı beklentisinin yanı sıra, mobilitedeki olası etkisizlikler, perineal travmada artış beklentisi ve kontraksiyon etkinliğinde azalma beklentisi de teorik olarak öne sürülmüştür (McCandlish & Renfrew, 1993). Annenin uterusundan içeri giren doğum küveti suyunun bir etkisi olarak enfeksiyon riski de teorik çalışmalar tarafından kurgulanmıştır ancak bu tanımlamaya uyan bir vaka henüz kayıtlara geçmemiştir (Rosevear vd., 1993; Young & Kruske, 2013). Yapılan başka çalışmalarda ise, sıcak suyun rahatlatma etkisine bağlı olarak gelişen uterus kaslarının kasılmalarında etki kaybı yaşanacağı ve aynı zamanda doğum sonrası da uterustaki bu kasılmaların daha az etkili olacağı sebebiyle doğumda veya doğum sonrası kanama açısından risk olduğu öne sürülmüştür (Church, 1989; Deans & Steer, 1995). Bir başka çalışmada ise suyun içerisinde yapılan doğumlarda, uterustan giren suya bağlı olarak damar tıkanıklıkları yaşanabileceği teorik olarak öne sürülmüştür (Odent, 1983). Ancak bu damar tıkanıklığı hipotezinin gerçekçiliği bir başka çalışma tarafından sorgulanmış ve teori askıda kalmıştır (Wickham, 2005). Bu paragrafta öne sürülen teorik yan etkiler ve komplikasyonlar herhangi bir deneysel çalışmaya veya anket çalışmasında kanıtlanmamış ve suda doğum bu anlamda herhangi bir komplikasyona yol açmamaktadır.

Suda doğum olaylarında göbek kordonunun tehlikesi ile ilgili olarak birçok endişe geçmiştir bu yana mevcuttur. Ancak göbek kordonunun kopması veya bebeğe zarar vermesi aynı şekilde karada doğum olaylarında da meydana gelmekte, herhangi bir göbek kordonu

komplikasyonu direk olarak suda doğumla henüz ilişkilendirilmemiştir. Göbek kordonunun kopması, anneye veya bebeğe zarar vermesinin suda doğum olayları ile alakalı görülmesinin sebebi, medikal yetkililerce usulüne uygun olmayan bir şekilde sudan çıkarılan bebeğin kordona uyguladığı kuvvetle ilişkili görülebilir(Gilbert & Tookey, 1999; Cluett & Burns, 2009).

Doğumun üçüncü evresini baz alarak tasarlanmış ve suda doğum ile karada doğumların üçüncü evrelerini karşılaştırmış herhangi bir kontrollü deney çalışması henüz mevcut değildir. Ancak, plasentanın ayrılma belirtileri gözlemlendiğinde anne sudan çıkartılmalı ve plasentanın doğumu su dışında gerçekleşmesi önerilir (Church, 1989). Çünkü, sıcak suyun uterus kasları üzerindeki gevşetici etkisi, plasenta doğduktan sonra veya tam olarak ayrılmadan kanamada artışa sebep olabilir. Suyun içinde kan dilüe olacağı için kaybedilen kan miktarını değerlendirmek de güçtür. Bununla birlikte, plasentanın suda doğumu ile vazodilatasyon ve artmış hidrostatik basınç sonucu su embolisi riski de yükselir (Gilbert & Tookey, 1999; Pairman, 2015).

Yapılan detaylı araştırmalar ve kontrollü deneylerin gösterdiği üzere, suda doğum protokolünün anne veya bebek üzerinde herhangi bir olumsuz etkisine rastlanmamıştır. Bebeğin karşılaşılabileceği ve yukarıda detaylı olarak aktarılan olası komplikasyonlar teori olarak kalmakta veya suda doğum olayı ile arasındaki ilişki ispatlanamamaktadır. Fetüsün annenin rahat hissetmesinden ve stres içerisinde olmamasından ise yarar sağladığı öne sürülmüştür. Annenin optimum plasental perfüzyona sahip olması ve stresin azalmasına ve rahatlığa bağlı salgılanan, doğal ağrı kesiciler olan, endorfinler ve encefalinler fetüsün de bu durumdan yarar sağlamasına olanak verir (Yıldırım, 2005; Young & Kruske, 2013).

## **2.11. Suda Doğum Mekanizması**

### **2.11.1. Doğum havuzunun özellikleri**

İncelenen kaynaklara ve yukarıda belirtilen araştırmalarda ebe ve doktorlar tarafından, suda doğum olayları sırasınca alınan notlara göre, optimum doğum havuzu boyutları, ortalama olarak aşağıda belirtilen değerler üzerinden belirlenir ve kişiye göre farklılıklar gösterebilir. Havuzun iç derinliği ortalama 65 cm ve içerisindeki suyun derinliği ortalama 57 cm olarak tanımlanabilir. Doğum havuzu iki kişinin içerisine rahatlıkla sığabileceği bir çapta olmalı ancak bazı düzeneklerde bu seçim farklılık gösterebilmektedir ve daha küçük, sadece doğum yapan kadının sığabileceği havuzlar tercih edilebilmektedir. Günümüzde hastanelerde standart olarak kullanılan veya özel şirketler tarafından ticari ve bireysel olarak satılan doğum havuzlarının dış duvar yükseklikleri ayarlanabilmektedir. Güvenlik ve rahatlık açısından bu duvarların yükseklikleri kişiye göre optimize edilmeli ve bir insanın ağırlığı baz alındığında, yüksek güvenlikte ve dayanıklılıkta olmalıdır. Doğum

havuzunun boyutlarını araştırma yayınlarında kayıt altına almış ve günümüzde devamlı olarak referans gösterilen araştırmaların sonuçları bu bölümün devamında detaylandırılacaktır.

Standart bir doğum havuzu içerisinde rahatlıkla oturulabilecek bir yükselti içerir. Bu kısım, iki kişinin oturabileceği bir dayanıklılıkta ve konforda dizayn edilmelidir. Birden fazla kişinin oturabilmesi, doğum yapan kadının partneri veya yardımcı uzmanın kullanabilmesi açısından önem arz eder. Doğum yapılacak havuzun daha önce kullanılmamış olması veya profesyonel bir sterilizasyondan geçirilmiş olması, bebek ve annenin hijyeni açısından son derece önemli bir değişkendir. Hastane veya doğum merkezlerindeki sabit doğum havuzlarının iç yüzeylerine, tek kullanımlık ve zararsız materyalden yapılmış kaplamalar kullanılır (Cammu, vd., 1994; Toker & Ovalı Uran, 2015).

Doğumun belirli evrelerinde gözle görülür değişikliklere yol açan birçok fizyolojik değişimin tam olarak sebepleri hala araştırılmaya devam ediyor ve netleşmemiş olsa da, suya olmaya bağlı annede gerçekleşen kardiyovasküler değişiklikler detaylı bir şekilde incelenmiş ve sonuçlanmıştır. Bu değişikliklerin en etkili sebebi ise suyun hidrostatik basıncına bağlı gerçekleşen vasküler dışı sıvının vasküler boşluklara geri itiliyor olmasıdır (Katz, Ryder, Cefalo, Carmichael & Goolsby, 1990). Bu basınç suda doğum mekanizmasının en etkili oyuncularından biridir ve kuvveti tamamen suyun derinliğine bağlıdır. Doğum havuzlarında kullanılan suyun derinliği son derece önemli bir değişkendir, hidrostatik basınç ve bununla doğru orantılı olarak merkezi kan hacmini de önemli ölçüde etkiler. Doğum havuzunun büyüklüğü ve biçimi suyun derinliğini ve doğum yapacak olan kadının hareketini birincil olarak belirler. Bu durum doğumun verimini teorik olarak yüksek bir oranda etkiler (Benfield, 2002; Swain, 2013).

Doğum olayının gerçekleştiği tüplere havuz denmesinin sebebi, standart ebatlardaki bir küvetten veya medikal tüpten daha büyük olmasından dolayıdır. Doğum havuzlarının kesin boyutları yoktur ancak kullanılan doğum havuzları genellikle doğum yapan kadının rahatça oturabileceği ve oturur pozisyonda elleri ve dizlerinin üstüne neredeyse yüzerek geçebileceği bir ortam sağlamaktadır. Oturur pozisyonda bulunan kadının abdomen bölgesinin tamamı ve göğsün de büyük kısmı suyun altında kalmalıdır (Eckert, Turnbull & Maclennan, 2001; Macdonald, 2012). Standart doğum havuzu büyüklükleri 43 cm derinlik, 140 cm uzunluk ve 61 cm genişlik ve 10-12 cm üst boşluk olacak şekilde minimum boyutlarla başlar ve 55 santimetreye kadar derinlik ve 170 cm uzunluğa kadar değişebilir (Benfield, Herman, Katz, Wilson & Davis, 2001). Bazı başka güvenilir araştırma kaynakları ise bu büyüklük tanımlamasını hacim üzerinden yaparlar ve optimum havuz hacminin 300 litre, 560 litre ve 1.250 litre olarak tanımlayan farklı araştırmalar mevcuttur (Rosenthal, 1991; Lenstrup, Schantz, Berget, Feder & Roseno, 1987; Eriksson, vd., 1997).



Doğum havuzlarının 3-boyutlu şekilleri de, doğum yapan kadının postürü ve hareket kabiliyeti ile birlikte toplam hidrostatik basınç miktarını belirleyen ikinci önemli elementtir. Yapılan kontrollü deneylere dayanarak iki farklı çalışma, her bir kenarı 1 m olan altıgen şeklindeki bir havuzda ortalama 40 cm derinlikte su doldurularak kullanımını optimum seçenek olarak yayınlamıştır (Gradert vd., 1987; Lenstrup vd., 1987). Farklı bir çalışmada ise üçgen şeklinde dizayn edilmiş ve 120-120-160 cm ölçülerine sahip bir havuzda, çömelmiş vaziyette durabilen ve istediğinde sadece boynundan yukarısu suyun üzerinde kalacak şekilde yüzebilen kadınların, suda doğum olayından daha yüksek verim elde ettiğini yayınlamışlardır (Eckert vd., 2001).

Doğum havuzunun derinliği ve şekli, doğum olayı sırasında suya batırılarak rahatlama ve ağrıyı daha az hissetme amacına hizmet eden en önemli iki etmen olsa da, bu konuda net bir cevap verilememektedir. Her kadının fizyolojik ve psikolojik değişkenlerine bağlı olarak, kullanılacak derinlik ve şeklin de değişken olması kaçınılmazdır. Doğum havuzunun tanımlaması şu şekilde de yapılmıştır: "Havuz, bilek seviyesine kadar doldurulduktan sonra, doğum yapacak kadının oturtulması sağlanır, ardından kadının kendini en rahat hissettiği seviyeye kadar su doldurulur. Doğumun farklı evrelerinde su seviyesinde küçük değişiklikler yapılır." (Rush vd., 1996; Swain, 2013).

### **2.11.2. Kullanılan suyun özellikleri**

Bu çalışmanın önceki bölümlerinde de belirtildiği gibi doğum havuzunda kullanılacak olan suyun sıcaklığı son derece önemli bir başka konudur. Önceki bölümlerde anne ve fetüsün vücut sıcaklıkları arasındaki ilişkiden detaylıca bahsedilmişti. Bu ilişkinin bir sonucu olarak sürekli ısı üreten bebek, ısıyı annesine geçirmekte ve oradan da ısı enerjisi sistemden uzaklaşmakta idi. Bu fenomenin haricinde kabul görmüş veri tabanlarında, kullanılması gereken suyun sıcaklığı ile ilgili kayıtlar bulunmamaktadır. Kontrollü deneyler sonucunda raporlanmış doğum havuzu su sıcaklığı, 32°C ile 42°C arasında değişebilmektedir (Yıldırım, 2005; Toker & Ovalı Uran, 2015). Günümüzde su sıcaklığı ile ilgili yapılmış en kapsamlı kontrollü deneylerin bir parçası olarak doğum yapacak kadınlara içerisinde bulunmaktan hoşnut oldukları su sıcaklıklarını seçme şansı verilmiş, çalışmanın sonucunda ortaya çıkan sıcaklık ortalaması 36°C olarak belirlenmiştir. Bu çalışmaların bir başka ortak özelliği ise en çok tercih edilen sıcaklığın 37°C yani vücut sıcaklığı olması da dikkat çeken bir başka noktadır (Schorn vd., 1993; Cammu vd., 1994; ). Suda doğum konusunda yapılan ve günümüze dek bir çok çalışmaya zemin hazırlayan diğer hiçbir kontrollü deney düzeninde, doğum havuzunda bulundurulmuş suyun sıcaklığı belirtilmemiş veya vücut sıcaklığı olarak değinilmiştir (Aird, vd., 1997; Eckert vd., 2001). Uzun süre su içinde kalındığında ve suyun sıcaklığı yüksek olduğunda terlemenin artmasıyla maternal dehidratasyon

ve bununla birlikte plasental perfüzyonda azalma görülebilir (Yıldırım, 2005).

Komplikasyon gözlenmeyen bir doğum olayında, yenidoğanın solunumu göğüsün dışarı çıkması ile başlar. Eğer gerçekleşen doğum suyun altında ise, bebeğin yüzü su yüzeyinde çıkmadan solunum gerçekleşebilir. Ancak, fizyolojik verilere göre eğer bir yenidoğan sağlıklı ise, çalışmanın önceki bölümlerinde detaylandırılan solunum mekanizmaları sayesinde bu komplikasyon nadiren gözlenir. Doğum havuzunda kullanılan su genellikle sterilize edilmiş musluk suyudur ve amniyotik sıvıdan daha düşük bir osmotik basınca sahiptir. Bu tip suların teması hızlı bir şekilde absorbe edilir ve hemodilüsyonlara veya dolaşım aşırı yüklemelere sebep olabilir. Olası komplikasyonlardan kaçınmak adına, doğum havuzunda kullanılan suya düşük konsantrasyonlarda tuz eklenmesi önerilir. Bu sayede doğum havuzunda kullanılan su daha izotonik bir özelliğe sahip olur (Alderdice vd., 1995; Harper, 2006).

Kullanılan doğum havuzunun hijyeni de değinilmesi gereken önemli konulardandır. Günümüzde en çok referans gösterilmiş ve kabul görmüş araştırmaların tavsiyelerine göre doğum havuzunun tüm yüzeylerini sodyum hipoklorit tuzu ile temizlemek en etkili ve zararsız yöntemdir. Çeşitli tuzlarla doğum havuzunun temizlenmesi hemen her mikrobu etkisiz hale getirir. Sağlığa zararsız sodyum klorür veya türevi tuzların düşük konsantrasyonlarda kullanımı, doğum olayı gerçekleşirken de rahatlıkla kullanılabilir. Bunun yanında doğum havuzu parçalarının ve mevcut su motorlarının bakteriyel kültür testleri de düzenli olarak yapıp, gerekli önlemlerin olası bir enfeksiyondan önce engellenmesi gerekir (Mackey, 2001; Benfield, 2002).

Doğum havuzunun yapıldığı materyaller de önemli arz edilen bir diğer noktadır. Doğum havuzunun yapısı gözenekli olmayan materyallerden yapılmalıdır. Bunlara en iyi örnekler, yüksek yoğunlukta poliüretan plastik, seramik, kalıp halinde dökülmüş fiberglas ve çeşitli metallerdir. Doğum havuzlarının kurulumlarından hemen sonra, odada bulunan havanın da içeriği kontrol altına alındıktan sonra, havuz yüzeyleri ortalama %50 klor içeren deterjanlarla veya enfeksiyon kontrolü kanıtlanmış anti-bakteriyel solüsyonlarla temizlenmelidir. Bu temizlemenin ardından durulama işlemi de aynı titizlikle, otoklavlanmış veya filtre edilmiş saf su kullanılarak gerçekleştirilmelidir. Temizlik işleminin ardından durulama aşamasına geçilmeden önce optimum olarak %4 benzalkonium solüsyonu püskürtülerek veya birkaç su bardağı kadar çamaşır suyu eklenmiş sıcak su ile doldurularak, temizleme işleminin etkisiz kaldığı bölgelere, özellikle kullanılan su motorlarının parçalarına, dezenfektasyon uygulanabilir. Kullanılan su motoru olması durumlarında havuz, dezenfektan püskürtülmüş veya sıcak su solüsyonu ile doldurulmuş halde iken motorlar 15 dakika kadar çalıştırılır. Uygulanan dezenfektasyonun ardından havuz tamamı ile sıcak su doldurulmuş halde bekletilir. Bunun ardından yukarıda tarif edilmiş durulama uygulanabilir (Mackey, 2001; Eckert vd., 2001).

### **2.11.3. Havuzuna girme zamanı**

Bu çalışma boyunca belirtilen ve referans verilen, günümüze dek suda doğum konusunda yapılmış en geçerli çalışmalarda, doğum olayını gerçekleştirecek kadının doğum havuzuna girdiği zamanlama, optimize edilmemiştir. Doğum olayını gerçekleştirecek kadınların psikolojik ve fizyolojik tepkileri, aynı zamanda da kendi istekleri doğrultusunda, diledikleri zaman doğum havuzuna girebilirler. Mackey ve takımının 2001 yılında yayınladığı makalede yer verilen genel öneriler kısmında belirtilen doğum havuzuna girme zamanlaması en çok kabul görmüş öneridir. Bu önergeye göre doğum yapacak kadın doğum evrelerinin istediği kesitinde havuza girebilir ancak servikal dilatasyonun 5 cm'den az olduğu doğumun ilk evresinin başlangıcından önceki hafif ağrılı dönemlerde, doğum havuzuna girmek kas kontraksiyonlarının meydana gelme sıklığında azalmalara sebep olabilir. Kasılma frekanslarının ritim ve sıklıkları üzerine negatif etki yaratabileceği gibi, kas kontraksiyonlarının şiddetini de zayıflatabilir.

Servikal dilasyonun 5 cm'ye ulaşmasının ardından kontraksiyonlar artık stabilize ve şiddetli olduğundan doğum yapacak kadın kendini hazır hissettiği her an doğum havuzuna girebilir. Doğum havuzunun içerisinde, özellikle doğumun ilk evresinde, ortalama 2 saatten fazla kalınması durumunda, kas kontraksiyon veriminde düşüş yaşanabilir. Bu durumun gözlenmeye veya hissedilmeye başlanmasından itibaren doğum yapan kadının, doğum havuzu dışarısında bir süre vakit geçirmesi ve etkin kas kasılmalarının tekrardan kazanılmasının ardından, doğum havuzuna tekrar girilebilir (Mackey, 2001; Benfield, 2002; Cluett & Burns, 2009).

Birçok doğum merkezi ve hastane halk arasında 5 cm kuralı olarak bilinen, servikal dilatasyonun 5 cm ve üzerine ulaştığı, doğum yapacak kadının aktif olarak doğumun ilk evresinde olmasını ifade eden durumun varlığını kural olarak benimser. Yapılan kontrollü deneylerin sonuçlarına ve fizyolojik gözlemlere göre bu kural desteklenir ancak her bir doğum olayı ve doğum yapacak kadın da bireysel olarak incelenmeli ve spesifik çözümler üretilmelidir.

Birçok kadın için doğum havuzuna erken girmek rahatlatıcı etkisi olması dolayısı ile tercih edilir. Suda olma, zaman zaman da doğumun ilk evresini yavaşlatabilir hatta durdurabilir. Öte yandan ise suda olma, kas kontraksiyonları yeterince güçlü ve düzenli ise, servikal dilasyonun az olması veya hiç olmamasına bakılmaksızın anneye rahatlama hissi verip dilatasyonun normal seyrinde devam etmesine zemin hazırlar. Doğum yapacak kadınların doğum havuzunu bir deneme olarak ortalama bir saat boyunca kullanmaları tavsiye edilir (Beake, 1999; Mackey, 2001; Benfield, 2002). Bu sayede doğumun ilk evresindeki kadınların, doğum havuzunun etkinliğini ölçme fırsatı bulmaları sağlanır.

Birçok kayıta doğum havuzuna erken girmenin kontraksiyonların etkinliğini azalttığı veya tamamen ortadan kaldırdığı rapor edilmiş ve doğum yapacak kadınların havuzdan ayrıldığına yer verilmiştir. Bunun yanında kayıtlara geçen birçok ebe ve kontrollü deney verilerine göre birçok kadın 1 cm olan dilatasyonlarının başlangıcından tam dilatasyona bir saat içerisinde doğum havuzunun içerisinde gelebilmektedir. Bu durum için ise çalışmanın önceki bölümlerinde önemi belirtilen suyun derinliğinin büyük ölçüde etkisi vardır (Beake, 1999). Servikal dilasyonun 5 cm olarak optimize edilmesine dayanak olan çalışmaya göre, bu dilatasyon seviyesinden daha erken doğum havuzuna giren kadınlarda doğumun ilk evresi daha uzun olarak gözlenmiş ve gerekli oksitosin miktarı da orantılı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda, doğum havuzuna erken giren kadınlarda, epidural analjezik gereksimi de artmıştır (Eriksson, Mattson & Ladfors, 1997; Cluett & Burns, 2009).

Genel olarak doğum havuzuna girilmesindeki zamanlamayı ve uygunluğu belirler iken dikkate alınması gereken ve birçok doğum merkezi ve hastane tarafından uygulanan kuralların bütünü, literatüre geçmiş optimize sonuçları da göz önünde bulundurarak, şu şekilde sıralanabilir:

- Riskli olmayan ve en az 37 haftalık bir gebelik süresi,
- Aktif olarak doğumun ilk evresinin başlamış olması,
- Serviks dilatasyonunun en az 5 santimetre olması,
- Servikal akıntının başlaması,
- Düzenli kas kontraksiyonlarının olması,
- Güven veren fetüs kardiyak ritmi,
- Normal sayılabilecek kanamadan fazlasının gerçekleşmiyor olması

Bu kriterlerin sağlandığı her durumda, doğum yapacak olan kadının da istekleri ve psikolojik durumuna göre doğum havuzuna istenilen zamanda girilebilir (Garland, 2002; Cluett & Burns, 2009; Toker & Ovalı Uran, 2015).

#### **2.11.4. Doğum pozisyonları**

Suda doğum, analjezik ilaç kullanım ve lokal anestezi kullanımını düşüren, doğuma edilen müdahaleleri azaltan ve doğumun kontrolünü, doğum yapan kadına devreden kolay ve ekonomik bir metottur. Doğum havuzu, doğum yapan kadına, serbestçe hareket etmesine olanak veren ve kendi istekleri doğrultusunda spontane bir şekilde pozisyon değiştirmesini sağlayan bir ortam sağlar. Bu sınırsız pozisyon kombinasyonu, herhangi bir şekilde geleneksel bir karada doğum tarafından sağlanamaz. Suyun kaldırma kuvveti ve içerisinde bulunan havuzun işlevselliği sayesinde, doğum yapan kadın, fizyolojik açıdan en etkin hissettiği ve duygusal açıdan en tatmin edici bulunduğu pozisyonu bulabilir. Kayıtlara geçmiş gözlemsel verilere göre, suda doğum yapan kadınların yüzdesel olarak en büyük dilimini litotomik pozisyonlardan ziyade omurgalarını dik tutacak şekilde pozisyon alan kadınlar

oluşturmaktadır. Dik veya dike yakın durulan oturma pozisyonlarında kadınların doğum olayından aldıkları kontrol ve tatmin hissi birçok veride daha yüksek olarak kayıtlara geçmiştir (Burns & Greenish, 1993; Swain, 2013). Bu tip pozisyonlar perine bölgesinin korunmasında yardımcı bir etkindir. Litotomik pozisyonlarda perine bölgesi fazla yukarıda kalacağından, kadın tarafından kontrol kaybı yaşanır ve kas kasılmalarındaki suyun içerisinde ortaya çıkan verim düşüşleri ve ritim bozuklukları daha erken başlar. Dik pozisyonlar disfonksiyonel birinci evre sancılı dönemini optimize etmekte yardımcıdır. Bu pozisyon aynı zamanda fetüsün rotasyonel rahatlığına destek olur ve optimum pozisyonda dışarıya yönelik hareket yolağında bebeğin hareketine pozitif yönde etkide bulunur (Waldenstrom & Nilsson, 1992; Burns & Greenish, 1993; Young & Kruske, 2013).

### **2.11.5. Bebeğin doğumu**

Suda doğum gerçekleştiği zaman yenidoğan, nazikçe yüzeye çıkartılır ve annenin kollarına yerleştirilir. Anne ile bebeğin göz ve ten tene teması mümkün olduğunca mükemmel bir şekilde annenin kollarında meydana gelir. Bu olay her zaman saniyeler içinde, acele etmeden, gerçekleşir. (Odent, 1983). Doğum esnasında bebeğin su içinde nefessiz kalarak boğulması varsayımı, suda doğumda birçok kişinin endişe ettiği durum olarak bahsedilir. Ancak, hava ile temas eden bebeğin yüzündeki reseptörlerin uyarılması ile solunum başlar. Bununla birlikte Otigbah ve ark. çalışmalarında (2000), yenidoğanların ilk nefeslerini suyun altında almadıklarını açıklamışlardır. Ilık su ve yenidoğanın başının suyun altında olması solunumu baskılar ve baş sudan çıkartıldığında ya da su üst solunum yollarına girdiğinde solunum başlayabilir (Johnson, 1996; Pairman, 2015).

Michel Odent çalışmasında (1983), suyun inhalasyonunda bir risk olmadığını, doğumda karotid kemoreseptörlerin duyarsız ve çok büyük olasılıkla ilk ağlama sırasında hiçbir rol oynamadığını bildirmiştir (Odent, 1983). Suyun sıcaklığının yüksek olması ve yenidoğan baş kısmının suya batırılmış bir pozisyonda olması solunumsal inhibisyonlara yol açabilir. Kayıtlara geçen gözlemsel verilere göre, yenidoğanın baş kısmının suyun üzerine nazikçe çıkarılması ve dolayısı ile üst solunum kompartimanlarına daha az su teması, solunum bozukluklarını kolay ve etkili biçimde engeller. Bağlantılı olarak, soğuk ortamlar yenidoğanın düzenli nefes alış verişini tetikler. Yenidoğanı ılık su ortamından uzaklaştırarak, göreceli olarak soğuk bir ortama veya suya maruz bırakmak, solunum refleksini düzene sokar. (Swain, 2013).

### **2.11.6. Umbilikal kordonun klemlenme zamanı**

Yapılan en güvenilir çalışmaya göre, suda doğum ile gerçekleşen doğumlardan sonra özel bakım ünitelerine alınan bebeklerin %14'ü kopan umbilikal kordon dolayısı ile alınmaktadır. Her otuz yedi bebekten 1

tanesine ise kan nakil işlemi gerekmektedir (Gilbert & Tookey, 1999). Umbilikal kordon kopma vakalarına sebep olarak öne sürülen en yaygın mekanizma, doğum olayından sonra bebeklerin su yüzeyine çok hızlı bir şekilde çıkarılmalarını takiben, kısa kordonlu sistemlerde, yüksek gerilime dayalı kopmalardır. Konvansiyonel doğumlarda bu tip durumlar daha kolay önlenabilir ve kayıtlara geçmiş daha az kordon kopması vakası ile karşılaşılır.

Umbilikal kordon kopmalarını engellemeye yönelik, kontrollü deneyler ile kanıtlanamayan, stratejiler öne sürülmüştür. Bunlardan en yaygın olarak dikkate alınanı, doğumun ikinci evresinde suyun derinliğinin azaltılması veya tüm doğum evreleri boyunca yüksek su derinliğinden kaçınılarak bebeğin su yüzeyine nazıkçe alınmasıdır. Su yüzeyine alınırken ise kordon, doğuma asistanlık eden ebe veya sağlık uzmanları tarafından el yordamı ile kenetlenerek olası kopmalar engellenebilir. Bunun yanı sıra bazı ulusal doğum enstitüleri ise doğum olayının tamamen suyun altında gerçekleştirilmesini ve bebeğin suyun yüzeyine doğum olayının gerçekleşmesinden hemen sonra alınmamasını savunurlar (Gilbert & Tookey, 1999; Alderdice vd., 1995). Yapılan kontrollü deneyler ve gözlemsel kayıtların gösterdiği üzere, herhangi bir durumda, umbilikal kordon suyun altında kesilmemeli veya mengeneyle alınmamalıdır (Swain, 2013; Toker & Ovalı Uran, 2015).

### **2.11.7. Plasentanın Doğumu**

Plasentanın su altında doğumuna engel teşkil eden herhangi bir sebep bulunmamaktadır. Bazı görüşlere göre, doğum yapan kadının kan kaybının doğru değerlendirilebilmesi açısından bu durum sakıncalıdır ve embolizm gibi yan etkilere yol açabilir. Ancak güncel kaynaklara göre, suya batırılmış bir şekilde gerçekleştirilen plasenta doğumu güvenlidir. Meydana gelen kan kaybı, suyun renk tahlili yapılarak anlaşılabilir. Suyu bağlı embolizmin varlığını kanıtlayan hiçbir bilimsel kanıt da henüz mevcut değildir. Ancak plasentanın kesilmesi veya kelepçelenmesi olaylarının suyun altında yapılması tavsiye edilmez (Harper, 2006; Cluett & Burns, 2009;; Swain, 2013).

Doğum havuzunda kullanılan suyun vücut sıcaklığında olması, uterin kasları üzerinde rahatlatıcı etkiye sahiptir. Bu etkinin bir sonucu olarak, doğum olayı sonunda kanamada bir artış gözlenebilir veya plasenta anne uterusunda alıkonulabilir. Oluşan kan kaybının tahlili de, doğum havuzundaki suyun bir sonucu olarak dilatasyona uğrayacağından, netlikle tahlil edilemeyebilir (Hyderabad, 2009; Harper, 2009). Bağlantılı şekilde eğer plasenta suyun altında dışarı çıkarıldı ise, vazodilatasyon ve göreceli olarak daha yüksek hidrostatik basıncın bir kombinasyonunun yarattığı sonuç olarak, suya bağlı embolizm gözlenebilir. Bu tarz bir komplikasyon teorik olarak üretilmiş ve bilimsel bir kanıtla sahip değildir (Cluett & Burns, 2009). Ancak olası komplikasyonlar doğum yapacak kadına göre yüksek değişkenlik göstermektedir ve bu sebeple doğumun son evresi olan

üçüncü evrede, olası komplikasyonları önlemek adına, annenin doğum havuzundan dışarı çıkılması önerilmektedir. (Macdonald, 2012; Swain, 2013).

## **2.12. Suda Doğumun Endikasyonları**

Doğum olayını gerçekleştirecek kadının hamilelik döneminin en az 37. haftasında olması, suda doğum tercih edilecekse, en önemli kriterlerden birisidir. Aktif olarak doğumun ilk evresinin başlamadığı durumlarda suda doğum tavsiye edilmez. Bu çalışmanın önceki bölümlerinde de belirtildiği üzere suya batırılma, regüler uterin kas kontraksiyonlarında inhibasyonlara yol açabilir. Serviks dilatasyonun en az 5 cm'ye ulaşması, suda doğum tercih edilecek ise, kilit bir rol oynar (Cluett & Burns, 2009; Toker & Ovalı Uran, 2015). Aktif olarak doğumun ilk evresinin başladığının ve kas kontraksiyonlarının şiddetli ve düzenli olduğunun birincil kanıtı olarak serviks dilatasyonu baz alınır.

Düzenli ve şiddetli kas kontraksiyonlarının süre gelmesi, doğumun ilk evresinin başladığının birincil göstergesidir. Fetüsün kalp ritminin ölçülmesi ve düzenli olduğuna karar verilmesi de bir başka etmendir. Düzensiz veya komplikasyonel sayılabilecek fetüs kardiyak ritimler, suda doğum tercih edilmemesi gerektiren bir durumdur. Doğum yapacak olan kadının normal sayılabilecek bir kanama düzeyine sahip olması, suda doğum tercih edilebilmesi açısından önemlidir. Mizoprostol veya bir başka tetikleyicinin ardından başlayan regüler birinci evre, suda doğum tercih edilecek ise, yüksek önem arz eder (Gilbert & Tookey, 1999; Cluett & Burns, 2009; Swain, 2013).

## **2.13. Suda Doğumun Kontraendikasyonları**

Doğumun ilk evresi etkin bir şekilde gözlenmiyor ise, suda doğum tercih edilmez. Anormal veya göreceli olarak yüksek kanamalı vakalarda, kesinlikle suda doğum tercih edilmemelidir. Bu gibi vakalarda annenin mortalite düzeyi tehlike arz eder. Doğum yapacak olan kadının ateşi 38°C'nin üzerinde ise veya herhangi bir enfeksiyon riski gözlenmiş ise, suda doğum tercih edilmemelidir. Bununla birlikte düzenli olarak fetüs kalp ritminin monitörlenmesi gereken vakalarda, konvensiyonel doğum tercih edilmelidir. Omuriliğin veya beynin dış zarları ile ilgili olası komplikasyonların gözleendiği durumlarda, yine suda doğum tercih edilmemelidir. Doğum yapacak kadının korku dolu olduğu veya kendini fizyolojik ya da psikolojik olarak rahat hissetmediği vakalarda ise, suda doğum tercih edilmemelidir (Swain, 2013; Cluett & Burns, 2009).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma, gebelerin suda doğumun anne, fetüs ve yenidoğana fiziksel ve fizyolojik etkileri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve suda doğum ile ilgili farkındalıklarını arttırmak amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Çalışma; 01 Mart- 30 Nisan 2016 tarihleri arasında, Türkiye'nin İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan, TÜİK 2015 yılı verilerine göre 412.205 erkek ve 414.511 kadın nüfusa sahip, toplam doğurganlık hızınının 1.55 olduğu Eskişehir il merkezindeki Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapıldı.

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı**, 1977 yılında kurulmuş olup; poliklinik, üreme sağlığı merkezi, yataklı hasta servisi, yoğun bakım ve doğumhane olmak üzere dört ayrı birimde hizmetlerini yürütmektedir. Kurumun 2014 yılı kayıtlarına göre yıllık doğum sayısı 850'dir.

**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi**, poliklinik, yataklı hasta servisi, yoğun bakım ve doğumhane birimlerinde hizmet veren hasta ve yaralıların, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tanı ve rehabilite edildikleri bir sağlık kurumudur. Kurumun 2014 yılı kayıtlarına göre yıllık doğum sayısı 5726'dır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

#### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 01 Mart-30 Nisan 2016 tarihleri arasında "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı" ve "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri"ne başvuran tüm gebeler oluşturdu.

#### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örneklemi evrende açıklanan grup içinden çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturdu.



Araştırmanın örneklem grubuna alınacak gebe sayısı, gebelerin suda doğum bilgi düzeyi yeterliliği %50 (p1), alternatif olarak %57 (p2), hata payı ( $\alpha=0,05$ ) ve testin gücü 0,85 alınarak yapılan güç analizi sonucunda hesaplandı. Buna göre örneklem büyüklüğü, 892 olarak saptandı. Çalışma grubunun %85'ini (n=850) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri'ne, %15'ini (n=150) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne başvuran gebeler oluşturdu. Çalışma, veri kaybı olma ihtimaline karşı 1000 gebe ile tamamlandı.

Araştırmayı çalışma süresi içinde, polikliniklere başvuran, gebelik haftasına bakılmaksızın çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturdu. Sadece dil sorunu sebebiyle Suriyeli gebeler örnekleme dahil edilmedi.

### **3.4. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada ele alınan değişkenlere ait verilerin toplanması, çalışmanın amacına uygun olarak literatürden faydalanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket form ile yapıldı (Bkz. EK-1).

Anket formu 68 sorudan ve 3 bölümden oluşmaktadır:

- Birinci bölümde yaş, öğrenim durumu, meslek, yaşadığı yer ve sosyal güvence varlığını içeren sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik 6 soru yer almaktadır.

- İkinci bölümde obstetrik hikaye, doğum ağrısından ve doğumdan korkma durumu, gebelik ve doğuma ilişkin bilgi edinme durumu, bildiği doğum yöntemleri, suda doğumu duyma durumu, duyma kaynakları, internet kullanma durumu, suda doğum ile ilgili video izleme durumu, ülkemizde suda doğum yapılma durumu, suda doğumun yaygınlaşmasını isteme durumu, suda doğum yapmayı isteme durumu, yanında olmasını istediği kişiler, suda doğumu kimin yaptırdığı, suda doğum hakkında bilgi almayı isteme durumu ve izletilen suda doğum videosunun suda doğum isteme durumunu etkilemesine yönelik 27 soru yer almaktadır.

- Üçüncü bölümde suda doğuma yönelik genel bilgi düzeyi ölçmek üzere hazırlanan soru formu kullanıldı. Bu form, suda doğuma yönelik 10 tanesi çeldirici olmak üzere toplam 35 ifadeden oluşmaktadır. Her bir maddenin karşısında "evet", "hayır" ve "bilmiyorum" olmak üzere üç seçenek bulunmaktadır. Önermelerden alınabilecek puanlar 0-35 arasında değişmektedir. (Harper, 2009; Garland, 2002; Geissbuehler vd., 2004; Ohlsson vd., 2001).

Veri toplamaya başlamadan önce 30 gebe üzerinde pilot çalışma yapıldı. Yapılan çalışma sonucunda, gerekli değişiklikler yapılarak anket formun son hali oluşturuldu.

### **3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Araştırmanın verileri 01 Mart-30 Nisan 2016 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama formu uygulanmadan önce gebeler çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra, sözlü ve yazılı onamları alındı (Bkz. EK-2). Veriler, araştırma süresi boyunca her gün hastanelere gidilerek, muayene için bekleyen gebelerle yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından dolduruldu. Anket formu doldurulduktan sonra gebelere Barbara Harper tarafından hazırlanan Gentle Birth Choices filminden kısaltılarak hazırlanan 5 dakikalık suda doğum videosu izletildi (Harper, B. Gentle Birth Choices.Penny Price Media, 2008.DVD) Daha sonra gebelerin suda doğum yapma hakkındaki fikirleri tekrar sorgulandı. Her bir gebe ile görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürdü.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Anket formda yer alan suda doğum ile ilgili 35 önerme puanlamaya tabi tutulmuş olup, her doğru yanıt "1 puan" verilerek değerlendirme yapılmıştır. Önermelerden alınabilecek puanlar 0-35 arasında değişmektedir. Verilere uygun normal dağılım gösteren ortalaması 0.0001, standart sapması 0.00001 olan "DUMMY değişkeni" türetildi. Bu değişken kullanılarak gebeler aldıkları bilgi puanlarına göre K-Means kümeleme analizi ile 2 kümeye ayrıldı. Daha sonra bu küme özellikleri referans alınarak elde edilen puanlar Roc Analizi ile değerlendirildi.

Roc Analizi sonucunda sensivite ve spesifitesi en yüksek (%100) olan değer, kesim puanı (cut-off) olarak kabul edildi. Roc Analizi sonucunda 9.50 ve üzeri puan alanlar "suda doğum bilgi düzeyi yeterli" olarak kabul edildi (Özdamar K. (2004). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-2 (Çok değişkenli analizler). Yenilenmiş 5. Baskı, ETAM A.Ş.: Matbaa Tesisleri, Kaan kitapevi, Eskişehir, 324-54).

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS (version 20.0) ve Minitab (version 16.0) İstatistik Paket Programlarında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler frekans ve yüzdeler ile ifade edildi. Analizler için Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi, İleri Ki-kare testi analizi, K-Means kümeleme analizi ve Roc Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönu**

Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 28.04.2016 tarih ve 80558721/G-98 sayılı onay alındı (Bkz. EK-3).

Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Eskişehir Devlet Hastanesi yönetiminden gerekli olan izinler yazılı olarak alındı (Bkz. EK-4 ve EK-5).

## 4. BULGULAR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 01 Mart- 30 Nisan 2016 tarihleri arasında başvuran 1000 gebenin, suda doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemeyi ve farkındalıklarını arttırmayı amaçlayan çalışmamızın bulguları bu bölümde ele alınacaktır.

**Tablo 1.** Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl merkezi	680	68.0
İlçe merkezi	228	22.8
Belde-köy	92	9.2
<b>Yaş grubu</b>		
19 ve altı	78	7.8
20-24	307	30.7
25-29	335	33.5
30-34	199	19.9
35 ve üzeri	81	8.1
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okulsuz	34	3.4
İlköğretim	358	35.8
Lise	370	37.0
Üniversite	238	23.8
<b>Gelir getirici bir işte aktif olarak çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	239	23.9
Çalışmıyor	761	76.1
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	909	90.9
Yok	91	9.1
<b>Aile gelir durumu</b>		
Kötü	48	4.8
Orta	736	73.6
İyi	216	21.6
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100.0</b>

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin yaşları 15-44 arasında değişmekte olup, ortalama  $26.52 \pm 5.17$  yıldır. Tablo 1'de gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre gebelerin 150'si (%15.0) ESOĞÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, 850'si (%85.0) ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde takip edilmektedir. Çalışma grubundakilerin yarısından fazlası (%68.0) il

merkezinde yaşamaktadır. Çalışma grubunu oluşturan gebelerin eğitim durumları incelendiğinde, %3.4'ü okulsuz, %35.8'i ilkokul, %37'si lise, %23.8'i üniversite mezunu olduğu belirlendi. Ayrıca gebelerin %76.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %90.9'unun sosyal güvencesinin olduğu saptandı.

**Tablo 2.** Gebelerin bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı

<b>Obstetrik özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Doğum sayısı</b>		
Primipar	515	51.5
Multipar	485	48.5
<b>Düşük öyküsü</b>		
Var	160	16.0
Yok	840	84.0
<b>Küretaj öyküsü</b>		
Var	68	6.8
Yok	932	93.2
<b>Ölü doğum öyküsü</b>		
Var	24	2.4
Yok	976	97.6
<b>En son doğum şekli (n=485)*</b>		
Normal Vajinal Doğum	69	14.2
Epizyotomili Vajinal Doğum	232	47.8
Sezaryen Sectio Doğum	184	37.9
<b>En son doğum yeri (n=485)*</b>		
Evde	8	1.6
Hastanede	477	98.4
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100.0</b>

\*Sayılar multiparlar üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin toplam gebelik sayısı ortalamasının 1.95 olduğu saptandı. Tablo 2'de gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Tabloyu incelediğimizde, çalışma grubundaki gebelerin 515'inin (%51.5) primipar, 485'inin (%48.5) multipar olduğu, gebelerin 160'ında (%16.0) düşük öyküsü, 68'inde (%6.8) küretaj öyküsü, 24'ünde (%2.4) ise ölü doğum öyküsü olduğu görülmektedir. Multipar gebelerin en son doğum şekilleri incelendiğinde, 69'unun (%14.2) normal vajinal doğum, 232'sinin (%47.8) epizyotomili vajinal doğum, 184'ünün (%37.9) sezaryen sectio ile doğum yaptığı belirlendi.

**Tablo 3.** Gebelerin şimdiki gebelik özelliklere göre dağılımı

Gebelikle ilgili özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Trimester</b>		
1.Trimester	45	4.5
2. Trimester	122	12.2
3. Trimester	833	83.3
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>		
İsteniyor	829	82.9
İstenmiyor	171	17.1
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3'te çalışma grubunu oluşturanların şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre gebelerin yarısından fazlasının (n=833; %83.3) 3. trimesterde olduğu belirlendi. Gebelerin 829'unun (%82.9) gebeliğini istediği saptandı.

**Tablo 4.** Gebelerin doğumdan korkma durumlarının doğum yapma durumuna göre dağılımı

Doğumdan korkma durumu	Doğum sayısı			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Primipar n (%)*	Multipar n (%)*	Toplam n (%)**	
Korkuyor	370 (71.8)	283 (58.4)	653 (65.3)	<b>20.072; 0.001</b>
Korkmuyor	145 (28.2)	202 (41.6)	347 (34.7)	
<b>Toplam</b>	<b>515 (100.0)</b>	<b>485 (100.0)</b>	<b>1000 (100.0)</b>	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4'te çalışma grubunu oluşturan gebelerin doğumdan korkma durumlarının doğum yapma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Buna göre gebelerin 653'ünün (%65.3) doğumdan korktuğu belirlendi. Primipar gebelerin 370'inin (%71.8), multipar gebelerin 283'ünün (%58.4) doğum korkusu olduğu saptandı. Gebelerin doğumdan korkma durumlarının doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0.05).

**Tablo 5.** Gebelerin doğumdan korkma nedenlerinin doğum yapma durumuna göre dağılımı

Korkma nedenleri	Doğum sayısı			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Primipar n (%)*	Multipar n (%)*	Toplam n (%)**	
Doğum ağrısı	370 (23.8)	283 (27.2)	653 (25.2)	<b>20.072;</b> <b>0.001</b>
Bebeğin ölmesi	291 (18.7)	209 (20.1)	500 (19.3)	0.075; 0.784
Sağlık görevlilerinin olumsuz davranışı	278 (17.9)	198 (19.0)	476 (18.4)	0.001; 0.976
Bebeğin sakatlanması	229 (14.7)	115 (11.0)	344 (13.3)	<b>22.653;</b> <b>0.001</b>
Olumsuz doğum hikayeleri	170 (10.9)	100 (9.6)	270 (10.4)	<b>4.225;</b> <b>0.040</b>
Kendisinin ölmesi	103 (6.6)	84 (8.0)	187 (7.2)	1.270; 0.260
Yırtıkların olacağı	109 (7.0)	49 (4.7)	158 (6.1)	<b>9.916;</b> <b>0.002</b>
<b>Toplam</b>	1550 (100.0)	1038 (100.0)	2588 (100.0)	

\*Gebeler birden fazla neden belirttikleri için sayılar gebe sayıları üzerinden değil, korku nedenleri üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 5'te gebelerin doğumdan korkma nedenlerinin doğum yapma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Doğumdan korkma nedenleri arasında en çok (%25.2) doğum ağrısı olduğu saptanmış olup, primiparların 370'inin (%23.8), multiparların ise 283'ünün (27.2) doğum ağrısından korktuğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin doğumdan korkma nedenlerinin doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 6.** Gebelerin gebelik eğitimi ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı

<b>Gebelik eğitimi özellikleri</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Gebelik eğitimi alma durumu</b>		
Almış	153	15.3
Almamış	847	84.7
<b>Eğitim verilen yer (n=153)*</b>		
Hastane	118	77.1
Toplum Sağlığı Merkezi	35	22.9
<b>Gebelik eğitimini veren kişi (n=153)*</b>		
Ebe	129	84.3
Hekim	4	2.6
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	20	13.1
<b>Gebelik eğitiminde suda doğum bilgisi alma durumu (n=153)*</b>		
Almış	51	33.3
Almamış	102	66.7
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100.0</b>

\*Gebelik eğitimi alan gebe sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Gebelerin gebelik eğitimi ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur. Tablo incelendiğinde, çalışma grubunda gebelik eğitimi alanların sayısı 153 (%15.3) idi. Gebelik eğitimi alanların 118'i (%77.1) hastanede eğitim aldığını, 129'u (%84.3) eğitimin ebe tarafından verildiğini bildirmiştir. Çalışma grubunun gebelik eğitiminde suda doğum bilgisi alma durumuna bakıldığında, 51'inin (%33.3) suda doğum hakkında bilgi aldığı saptandı.



**Tablo 7.** Gebelerin suda doğum ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı

<b>Suda doğum ile ilgili bazı özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumu</b>		
Okuyor	491	49.1
Okumuyor	509	50.9
<b>Suda doğumu duyma durumu</b>		
Duymuş	763	76.3
Duymamış	237	23.7
<b>Suda doğum ile ilgili video izleme durumu</b>		
İzlemiş	322	32.2
İzlememiş	678	67.8
<b>Türkiye’de suda doğum yapılması ile ilgili bilgi durumu</b>		
Yapılıyor	362	36.2
Yapılmıyor	124	12.4
Fikrim yok	514	51.4
<b>Türkiye’de suda doğumun yaygınlaştırılmasını isteme</b>		
İstiyorum	596	59.6
İstemiyorum	66	6.6
Fikrim yok	338	33.8
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7’de gebelerin suda doğum ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Çalışma grubundaki gebelerin 491’i (%49.1) gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuduğunu, 763’ü (%76.3) suda doğumu duyduğunu, 322’si (%32.2) suda doğum ile ilgili video izlediğini bildirdi. Gebelerin Türkiye’de suda doğum yapılması ile ilgili bilgi durumu incelendiğinde, 514’ü (%51.4) bu konuda bilgisinin olmadığını ifade etti. Ayrıca gebelerin 596’sının (%59.6) Türkiye’de suda doğumun yaygınlaştırılmasını istediği saptandı.

**Tablo 8.** Suda doğumu duyan gebelerin bilgi kaynakları

Bilgi kaynakları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Televizyon	521	48.6
İnternet	391	36.4
Yakın çevre	81	7.6
Sağlık çalışanı	79	7.4
<b>Toplam</b>	<b>1072</b>	<b>100.0</b>

\*Gebeler birden fazla kaynaktan bilgi aldıkları için sayılar gebe sayıları üzerinden değil, bilgi kaynakları üzerinden değerlendirilmiştir.

Çalışma grubunda suda doğumu duyan gebelerin bilgi kaynaklarına göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Çalışma grubunda suda doğumu duyan gebelerin yaklaşık yarısı (%48.6) televizyondan, 391’i (%36.4) internette, 81’i (%7.6) yakın çevreden, 79’u (%7.4) sağlık çalışanlarından bilgi sahibi olduğunu ifade etti.

**Tablo 9.** Gebelerin suda doğum yapmayı isteme özelliklerine göre dağılımı

Suda doğum yapmayı isteme özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Suda doğum yapmayı isteme durumu</b>		
İstiyor	395	39.5
İstemiyor	414	41.4
Bilmiyor	191	19.1
<b>Suda doğum isteyenlerin yanında olmasını istediği kişi (n=417)*</b>		
Eşi	304	72.9
Annesi-kardeşi	86	20.6
Hiç kimse	27	6.5
<b>Suda doğumu yaptırmasını istediği sağlık personeli</b>		
Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanı	309	30.9
Ebe	155	15.5
Hekim ve ebe ekip halinde	484	48.4
Bilmiyorum	52	5.2
<b>Suda doğum videosu izledikten sonra suda doğumu isteme durumu</b>		
İstemiyor	195	19.5
İstiyor	631	63.1
Bilmiyor	174	17.4
<b>Suda doğum hakkında bilgi isteme durumu</b>		
İstemiyor	403	40.3
İstiyor	597	59.7
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100.0</b>

\*Suda doğumu isteyenler doğumda yanında birden fazla kişiyi isteyebilecekleri için sayılar istedikleri kişiler (n=417) üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin suda doğum yapmayı isteme özelliklerine göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre, gebelerden 395’inin (%39.5) suda doğum yapmak istediği, suda doğum isteyenlerin yanında olmasını istediği kişinin en fazla (%72.9) eşi olduğu saptandı. Çalışma grubundaki gebelerin 309’u (%30.9) kadın hastalıkları ve doğum uzmanının, 155’i (%15.5) ebeinin, 484’ü (%48.4) hekim ve ebeinin ekip halinde suda doğumu yaptırmasını istediğini ifade etti. Çalışma grubuna görüşmede izletilen suda doğum ile ilgili video sonrası suda doğumu isteme durumlarına bakıldığında 631’inin (%63.1) suda doğum yapmayı istediği saptandı.

**Tablo 10.** Gebelerin suda doğumu isteme durumlarının doğum yapma durumuna göre dağılımı

Suda doğum yapmayı isteme durumu	Doğum sayısı			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Primipar n (%)*	Multipar n (%)*	Toplam n (%)**	
İstiyor	235 (45.6)	160 (33.0)	395 (39.5)	<b>18.473; 0.001</b>
İstemiyor	184 (35.7)	230 (47.4)	414 (41.4)	
Bilmiyor	96 (18.6)	95 (19.6)	191 (19.1)	
<b>Toplam</b>	<b>515 (100.0)</b>	<b>485 (100.0)</b>	<b>1000 (100.0)</b>	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 10’da çalışma grubunu oluşturan gebelerin suda doğumu isteme durumlarının doğum yapma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Buna göre primipar gebelerin 235’inin (%45.6) suda doğum yapmayı istediği, multipar gebelerin ise 160’ının (33.0) suda doğum yapmayı istediği belirlendi. Gebelerin suda doğum yapmayı isteme durumlarının doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0.05).

**Tablo 11.** Gebelerin suda doğum yapmayı isteme durumlarının suda doğum ile ilgili video izlemelerine göre dağılımı

Suda doğum yapmayı isteme durumu	Suda doğum ile ilgili video izleme durumu			Test değeri $X^2$ ; p
	İzlemiş n (%)*	İzlememiş n (%)*	Toplam n (%)**	
İstiyor	202 (62.7)	193 (28.5)	395 (39.5)	<b>110,857; 0.001</b>
İstemiyor	72 (22.4)	342 (50.4)	414 (41.4)	
Fikri yok	48 (14.9)	143 (21.1)	191 (19.1)	
<b>Toplam</b>	<b>322 (100.0)</b>	<b>678 (100.0)</b>	<b>1000 (100.0)</b>	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 11’de gebelerin suda doğum yapmayı isteme durumlarının suda doğum ile ilgili video izlemelerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre, suda doğum ile ilgili video izlemiş gebelerin 202’sinin (%62.7) suda doğum yapmayı istediği, suda doğum ile ilgili video izlemeyen gebelerin ise 193’ünün (%28.5) suda doğum yapmayı istemediği saptandı. Gebelerin suda doğum yapmayı isteme durumlarının suda doğum ile ilgili video izleme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 12.** Gebelerin suda doğum ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

<b>Suda doğum ile ilgili bilgi soruları</b>	<b>Doğru n (%)</b>	<b>Yanlış n (%)</b>	<b>Fikrim yok n (%)</b>
Suda doğum, 37. haftadan sonra normal risksiz her gebeye önerilir.	158 (15.8)	39 (3.9)	803 (80.3)
Suda doğum, doğum ağrılarını azaltır.	339 (33.9)	11 (1.1)	650 (65.0)
*Suda doğum, doğum süresini arttırır.	21 (2.1)	256 (25.6)	723 (72.3)
Suda doğumda, uterusu (rahim) giden kan akımının artması, kasılmaların etkisini arttırır.	140 (14.0)	67 (6.7)	793 (79.3)
*Suda doğum, perinede oluşan yırtık oranlarını arttırır.	18 (1.8)	229 (22.9)	753 (75.3)
*Suda doğum, doğumun dikişli olma oranlarını arttırır.	15 (1.5)	257 (25.7)	728 (72.8)
Suda doğum, doğumda ağrı kesici ilaç kullanımını azaltır.	262 (26.2)	17 (1.7)	721 (72.1)
*Suda doğumda, su rahim ağzının açılmasını yavaşlatır.	16 (1.6)	277 (27.7)	707 (70.7)
Suda doğumda, doğum havuzuna annenin alınması için, düzenli doğum ağrılarının başlaması ve rahim ağzı açıklığının 4 cm olması gerekir.	95 (9.5)	53 (5.3)	852 (85.2)
Suda doğumda, doğum havuzunda düzenli doğum ağrıları başlayıp, bebek doğana kadar kalınır.	229 (22.9)	14 (1.4)	757 (75.7)
*Suda doğumda, plasenta ve eklerinin doğum havuzunda doğmasında hiçbir risk yoktur.	144 (11.4)	24 (2.4)	832 (83.2)
Suda doğumda, annede enfeksiyon gelişme riski normal vajinal doğum ile aynıdır.	65 (6.5)	87 (8.7)	848 (84.8)
Suda doğumda, suyun sıcaklığının annenin vücut ısısından daha yüksek olması, rahme giden kan akımında azalmaya neden olur.	47 (4.7)	67 (6.7)	886 (88.6)
Suda doğumda, suyun sıcaklığının annenin vücut ısısından daha yüksek olması, annede daha fazla sıvı kaybına neden olur.	45 (4.5)	75 (7.5)	880 (88.0)
Suda doğum, annede doğumda veya doğum sonrası kanama riskini arttırır.	46 (4.6)	137 (13.7)	817 (81.7)
Suda doğumda, anne doğumunu kontrol edebilme duygusunu hissettiği için, doğum sonu duygusal iyilik hali daha üst düzeyde olur.	268 (26.8)	10 (1.0)	722 (72.2)

<b>Tablo 12 Devamı</b>			
Suda doğum, annenin farklı pozisyonlarda hareket etmesine olanak vererek kaslarını gevşetir.	273 (27.3)	5 (0.5)	722 (72.2)
*Suda doğumda, su annenin gerginliğini arttırır.	18 (1.8)	329 (32.9)	653 (65.3)
Suda doğumda, anneye herhangi bir medikal girişim uygulanmaz.	94 (9.4)	59 (5.9)	847 (84.7)
*Suda doğumda, kadın pasiftir, her şeyi sağlık personeli yapar.	40 (4.0)	237 (23.7)	723 (72.3)
Suda doğum, kadınların kendilerine olan güveni arttırır.	261 (26.1)	12 (1.2)	727 (72.7)
Suda doğumda, göbek kordonu doğumdan 3-5 dakika sonra kesilir.	82 (8.2)	34 (3.4)	884 (88.4)
Suda doğumda, göbek kordonun geç kesilmesi ile bebek ani korku ve ayrılık şoku yaşamaz.	72 (7.2)	27 (2.7)	901 (90.1)
Suda doğumda, bebek daha rahat doğar.	291 (29.1)	5 (0.5)	704 (70.4)
Suda doğumda, bebekte enfeksiyon gelişme riski normal vajinal doğum ile aynıdır.	79 (7.9)	88 (8.8)	833 (83.3)
Suda doğumda, bebeğin su yutma, akciğerlerine su kaçma, boğulma ihtimali yoktur.	193 (19.3)	32 (3.2)	775 (77.5)
Suda doğum, bebeğin doğumunda daha fazla travmaya/yaralanmaya sebep olur.	142 (14.2)	24 (2.4)	834 (83.4)
Suda doğumda, bebeğin göbek kordonunun kopma ihtimali vardır.	15 (1.5)	228 (22.8)	757 (75.7)
*Suda doğum, bebeğin doğumunda daha fazla travmaya/yaralanmaya sebep olur.	10 (1.0)	245 (24.5)	745 (74.5)
Suda doğumda, anne adayının su içinde kan akışı arttığı için, bebek çok daha fazla oksijen alır.	107 (10.7)	25 (2.5)	868 (86.8)
*Suda doğumda, doğum sonrası bebekler daha huzursuz olurlar.	29 (2.9)	228 (22.8)	743 (74.3)
*Suda doğumda, doğum sonrası bebeğin emzirilmesi daha zordur.	17 (1.7)	221 (22.1)	762 (76.2)
Suda doğumda, doğum havuzunda normal çeşme suyu kullanılır.	13 (1.3)	144 (14.4)	843 (84.3)
Suda doğumda, havuz suyunun içerisine herhangi bir katkı maddesi atılmaz.	72 (7.2)	57 (5.7)	871 (87.1)
Suda doğuma, kadınların yanında eşlerinin de olması kadınları olumlu etkiler.	302 (30.2)	25 (2.5)	673 (67.3)

\*: yanlış önerme

Gebelerin suda doğum hakkındaki bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir. Bu çalışmada, “Suda doğum, doğum ağrılarını azaltır (%33.9)” önermesinin en çok doğru bilinen ifade olduğu ve “Suda doğum, annede doğumda veya doğum sonrası kanama riskini artırır (%13.7)” önermesinin ise en çok yanlış olarak bilinen ifade olduğu belirlendi.

**Tablo 13.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
<b>Gebelerin takip edildiği hastane</b>				
Üniversite Hastanesi	79 (52.7)	71 (47.3)	150 (15.0)	<b>28.436; 0.001</b>
Devlet Hastanesi	630 (74.1)	220 (25.9)	850 (85.0)	
<b>Yaşadığı yer</b>				
İl merkezi	438 (64.4)	242 (35.6)	680 (68.0)	<b>47.037; 0.001</b>
İlçe merkezi	186 (81.6)	42 (18.4)	228 (22.8)	
Belde-köy	85 (92.4)	7 (7.6)	92 (9.2)	
<b>Yaş grubu</b>				
≤19	74 (94.9)	4 (5.1)	78 (7.8)	<b>42.264; 0.001</b>
20-24	237 (77.2)	70 (22.8)	307 (30.7)	
25-29	208 (62.1)	127 (37.9)	335 (33.5)	
30-34	132 (66.3)	67 (33.7)	199 (19.9)	
≥35	58 (71.6)	23 (28.4)	81 (8.1)	
<b>Öğrenim durumu</b>				
Okulsuz	33 (97.1)	1 (2.9)	34 (3.4)	<b>160.698; 0.001</b>
İlköğretim	313 (87.4)	45 (12.6)	358 (35.8)	
Lise	265 (71.6)	105 (28.4)	370 (37.0)	
Üniversite	98 (41.2)	140 (58.8)	238 (23.8)	

<b>Tablo 13 Devamı</b>				
<b>Gelir getirici bir işte aktif olarak çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	123 (51.5)	116 (48.5)	239 (23.9)	<b>57.500; 0.001</b>
Çalışmıyor	586 (77.0)	175 (23.0)	761 (76.1)	
<b>Sosyal güvence durumu</b>				
Var	632 (69.5)	277 (30.5)	909 (90.9)	<b>9.128; 0.003</b>
Yok	77 (84.6)	14 (15.4)	91 (9.19)	
<b>Aile gelir durumu</b>				
İyi	110 (50.9)	106 (49.1)	216 (21.6)	<b>57.581; 0.001</b>
Orta	556 (75.5)	180 (24.5)	736 (73.6)	
Kötü	43 (89.6)	5 (10.4)	48 (4.8)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olanlarla olmayanların bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 13'te verilmiştir. Çalışmamızda gebelerin suda doğumla ilgili bilgi sorularından aldıkları puanlar 0-29 arasında değişmekte olup, ortalama  $5.99 \pm 8.57$  puan idi. Bu çalışmada gebelerin %29.1'inin (n=291) suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptandı.

Tablo 13 incelendiğinde; üniversite hastanesinde takip edilen gebelerin %47.3'ünün, devlet hastanesinde takip edilen gebelerin %25.9'unun suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin takip edildiği hastaneye göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ).

İl merkezinde yaşayan gebelerin %35.6'sının, ilçe merkezindekilerin %18.4'ünün, belde-köydekilerin %7.6'sının suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptandı. Gebelerin yaşadığı yere göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p < 0.05$ ).



Çalışma grubunu oluşturan 19 yaş ve altındaki gebelerin %5.1'inin, 20-24 yaş grubundaki gebelerin %22.8'inin, 25-29 yaş grubundaki gebelerin %37.9'unun, 30-34 yaş grubundakilerin %33.7'sinin, 35 yaş ve üzerindeki %28.4'ünün suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin yaş gruplarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p<0.05$ ).

Okulsuz olan gebelerin %2.9'unun, ilköğretim mezunu olan gebelerin %12.6'sının, lise mezunu olan gebelerin %28.4'ünün, üniversite mezunu olan gebelerin %58.8'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin öğrenim durumlarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p<0.05$ ).

Gelir getirici bir işte aktif olarak çalışmayan gebelerin %23'ünün, aktif olarak çalışan gebelerin %48.5'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin çalışma durumlarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

Çalışma grubundaki sosyal güvencesi olmayan gebelerin %15.4'ünün, sosyal güvencesi olan gebelerin %30.5'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin sosyal güvence durumlarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ).

Aile gelir durumu kötü olan gebelerin %10.4'ünün, orta olan gebelerin %24.5'inin, iyi olan gebelerin ise %49.1'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin aile gelir durumlarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

**Tablo 14.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı

Obstetrik özellikler	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
<b>Gebelik sayısı</b>				
Primipar	330 (64.1)	185 (35.9)	515 (51.5)	<b>23.955; 0.001</b>
Multipar	379 (78.1)	106 (21.9)	485 (48.5)	
<b>Düşük öyküsü</b>				
Var	124 (77.5)	36 (22.5)	160 (16.0)	<b>4.022; 0.045</b>
Yok	585 (69.6)	255 (30.4)	840 (84.0)	
<b>Küretaj öyküsü</b>				
Var	44 (64.7)	24 (35.3)	68 (6.8)	1.054; 0.305
Yok	665 (71.4)	267 (28.6)	932 (93.2)	
<b>Ölü doğum öyküsü</b>				
Var	19 (79.2)	5 (20.8)	24 (2.4)	0.456; 0.500
Yok	690 (70.7)	286 (29.3)	976 (97.6)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubundakilerin suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların bazı obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 14'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, primipar gebelerin %35.9'unun, multipar gebelerin %21.9'unun suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin gebelik sayısına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ).

Düşük öyküsü olmayan gebelerin %30.4'ünün, düşük öyküsü olan gebelerin %22.5'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin düşük öyküsü olması durumlarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Gebelerin küretaj öyküsü ve ölü doğum öyküsü olması durumlarına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik haftasına göre dağılımı

Gebelik haftası	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
1. trimester	31 (68.9)	14 (31.1)	45 (4.5)	3.472; 0.176
2. trimester	78 (63.9)	44 (36.1)	122 (12.2)	
3. trimester	600 (72.0)	233 (28.0)	833 (83.3)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik haftasına göre dağılımı Tablo 15'te sunulmuştur. 1. trimesterde olan gebelerin %31.1'inin, 2. trimesterdeki gebelerin %36.1'inin, 3. trimesterde olan gebelerin %28'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelik haftasına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05).

**Tablo 16.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebeliğin istenme durumuna göre dağılımı

Gebeliğin istenme durumu	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
İstenen gebelik	571 (68.9)	258 (31.1)	829 (82.9)	<b>9.605; 0.002</b>
İstenmeyen gebelik	138 (80.7)	33 (19.3)	171 (17.1)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebeliğin istenme durumuna göre dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir. İstenmeyen gebeliği olanların %19.3'ünün, istenen gebeliği olanların %31.1'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptandı. Gebeliğin istenme durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05).

**Tablo 17.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik eğitimi alma durumuna göre dağılımı

Gebelik eğitimi alma durumu	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
Almış	56 (36.6)	97 (63.4)	153 (15.3)	<b>102.997; 0.001</b>
Almamış	653 (77.1)	194 (22.9)	847 (84.7)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik eğitimi alma durumuna göre dağılımı Tablo 17’de verilmiştir. Gebelik eğitimi almamış gebelerin %22.9’unun, gebelik eğitimi almış gebelerin %63.4’ünün suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptandı. Gebelik eğitimi alma durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 18.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik eğitimi sırasında suda doğum hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı

Gebelik eğitimi sırasında suda doğum hakkında bilgi alma durumu	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri X <sup>2</sup> ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
Almış	11 (21.6)	40 (78.4)	51 (33.3)	<b>6.510; 0.011</b>
Almamış	45 (44.1)	57 (55.9)	102 (66.7)	
<b>Toplam</b>	56 (36.6)	97 (63.4)	153 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik eğitimi sırasında suda doğum hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir. Gebelik eğitimi sırasında suda doğum hakkında bilgi almamış gebelerin %55.7’sinin, bilgi almış gebelerin ise %78.4’ünün suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelik eğitimi sırasında suda doğum hakkında bilgi alma durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 19.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumuna göre dağılımı

Gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumu	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri $X^2$ ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
Okumuş	265 (54.0)	226 (46.0)	491 (49.1)	<b>133.987; 0.001</b>
Okumamış	444 (87.2)	65 (12.8)	509 (50.9)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumuna göre dağılımı Tablo 19'da sunulmuştur. Çalışma grubunda gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okumadığını bildirenlerin %12.8'inin, okuduğunu bildirenlerin ise %46.0'ının suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 20.** Çalışma grubunda suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların suda doğum yapmayı isteme durumuna göre dağılımı

Suda doğum yapmayı isteme durumu	Suda doğum hakkında bilgi düzeyi			Test değeri $X^2$ ; p
	Yetersiz n (%) <sup>*</sup>	Yeterli n (%) <sup>*</sup>	Toplam n (%) <sup>**</sup>	
İstiyor	187 (47.3)	208 (52.7)	395 (39.5)	<b>177.339; 0.001</b>
İstemiyor	364 (87.9)	50 (12.1)	414 (41.4)	
Kararsız	158 (82.7)	33 (17.3)	191 (19.1)	
<b>Toplam</b>	709 (70.9)	291 (29.1)	1000 (100.0)	

\*:Satır toplamına göre, \*\*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 20'de çalışma grubunu oluşturan gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeylerinin suda doğum yapmayı isteme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Buna göre suda doğum yapmayı isteyen gebelerin %52.7'sinin, suda doğum yapmayı istemeyenlerin %12.1'inin ve kararsız olanların ise %17.3'ünün suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlendi. Gebelerin suda doğum yapmayı isteme durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Kadının, en önemli olayı olan doğumu keyifle hatırlaması için etkili yollardan biri suda doğum olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda popüleritesinde oldukça yüksek artış görülen suda doğum, kadını merkez alan girişimsel olmayan bir deneyime hevesli kadınlar için çekici bir seçenektir (Menakaya vd., 2012). Bu araştırmada, Dünya’da alternatif bir doğum yöntemi olarak önerilen suda doğumu, Eskişehir ilindeki gebelerin bilme durumları saptanmış, gebelerin suda doğuma yönelik bilgi düzeyleri, bazı bireysel ve obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Literatür taramasında gebelerin suda doğuma yönelik bilgi düzeyini ölçen çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin %33.5’i 25-29 yaş grubundadır (Tablo 1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verileri incelendiğinde; en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Daha önceki araştırmalarda en yüksek doğurganlık hızının 20-24 yaş grubunda ortaya çıktığı, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubuna ilerlediği görülmektedir. Bu sonuç, Türkiye’de doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir (TNSA-2013).

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **okur-yazarlık oranı** %96.6 olarak bulundu. En yüksek oranı %37 ile lise mezunu gebeler oluşturmaktadır. (Tablo 1). Köşgeroğlu ve arkadaşlarının Eskişehir ilinde yaptıkları çalışmaya göre kadınların öğrenim durumlarının dağılımı 90’ı (%19,4) ilkokul ve altı (okur-yazar olmayan, okur-yazar, ilkokul) grubunda, 175’i (%37,7) ortaokul-lise, 199’u (%42,9) üniversite olarak saptanmıştır (Köşgeroğlu vd., 2016). TNSA 2013 verileri incelendiğinde; kadınların okur-yazarlık oranının %88 ve en yüksek eğitim düzeyinin %34.6 oranı ile ilkokul olduğu görülmektedir (TNSA 2013). Bu sonuçlar doğrultusunda, Eskişehir ili için kadın okur-yazarlık oranının yüksek olduğu ifade edilebilir. Çalışmamızdaki çalışan kadınların oranı %23.9’dur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ocak 2016 verileri incelendiğinde, kadınların istihdam oranının %27 olduğu ve çalışmamızdaki oranın Türkiye geneline yakın olduğu görülmektedir (TÜİK, 2016). Bir ülkenin ekonomik yönden refahı ve kalkınmasında kadınların önemli bir yeri olduğu düşünüldüğünde ülkemizdeki kadınların istihdam oranının oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **obstetrik özelliklerine** yönelik elde edilen sonuçlarda toplam gebelik sayısı ortalama 1.95, kendiliğinden düşük öyküsü olan kadınların oranı %16, küretaj öyküsü olan kadınların oranı %6.8 ve ölü doğum öyküsü olan kadınların oranı %2.4 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Türkiye genelinde ise, ortalama gebelik sayısı 2.26, düşük oranı %23, küretaj oranı % 14, ölü doğum oranı %3 olarak ifade edilmektedir (TNSA 2013). Çalışma kapsamına

alınan kadınların obstetrik özellikleri açısından Türkiye geneli ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **en son doğum şekillerini** incelediğimizde; %14.2'sinin normal vajinal doğum yaptığı, %47.8'ine ise epizyotomi uygulandığı görülmektedir (Tablo 2). Epizyotominin Dünya'da uygulanma oranlarına baktığımızda, en düşük oranlar Kuzey Avrupa ülkelerinden İsveç (%9.7) ve Danimarka'da (%13.9) iken, en yüksek oranlar Tayvan (%100) ve Çin'de (%82) kaydedilmiştir (Kütük vd., 2014). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG), rutin epizyotomiye desteklemediğini, zor doğum eylemini hızlandırmak veya ciddi maternal laserasyonlardan kaçınmak gibi endikasyon durumlarında epizyotominin uygulanması gerektiğini bildirmiştir (ACOG, 2006). Özerdoğan'ın çalışmasında, 20 yaş ve üstü tüm kadınlarda epizyotomi uygulanma oranı %43 olarak tesbit edilmiştir (Özerdoğan, 2003). Sayiner ve Demirci'nin çalışmasında, tüm doğumların içinde epizyotomi uygulanma oranı %70.33 olarak bulunmuştur (Sayiner, Demirci 2007). Kütük ve arkadaşlarının çalışmasında, epizyotomi oranı multiparlarda %6.1, nulliplarlarda ise %43.1 olarak bulunmuştur (Kütük vd., 2014). Türkiye'de epizyotomi, hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasında uygulanmaktadır (Karaöz & Saruhan, 2012). Bizim çalışmamızda ise, vajinal doğum yapanlar arasında epizyotomi uygulanma oranının %77.07 olduğu belirlenmiştir. Bu durum, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün epizyotomi uygulamasında önerdiği %10'un, Dünya'nın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de çok üzerinde olduğunu göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **sezaryen ile doğum** oranına baktığımızda; %37.9 olduğu görülmektedir (Tablo 2). Tüm dünyada artma eğiliminde olan sezaryen doğumlarda DSÖ'nün önerdiği oran %15'tir (Arslan vd., 2008, WHO 2001). Ülkemizdeki sezaryen doğumların durumuna baktığımızda ise, TNSA verilerine göre 2003'te %21, 2008'de %37 ve 2013 verilerinde %48 olduğu görülmektedir. OECD'nin son yayınlanan 'Bir Bakışta Sağlık 2015' raporuna göre, Türkiye'de her 100 canlı doğumun 50.4'ünün sezaryen ile gerçekleştiği ve Türkiye'nin, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahip olduğu bildirilmiştir (OECD, 2015). T.C Sağlık Bakanlığı 2015 verilerinde ise sezaryen oranı %52 olarak bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2015). Oranlara bakıldığında ülkemizdeki sezaryen doğumların, DSÖ'nün önerdiği oranın çok üstünde ve her geçen gün giderek artmakta olduğu görülmektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **doğumdan korkma durumlarına** baktığımızda; gebelerin %65.3'ünün doğum korkusu olduğu belirlendi. Çalışmamızda primipar gebelerin %71.8'inin, multipar gebelerin ise %58.4'ünün doğum korkusu yaşadığı saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; **gebelerin doğumdan korkma durumlarının doğum yapma durumuna** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4). Alehagen ve arkadaşlarının 35 primipar ve 39 multipar gebe üzerinde yaptığı çalışmada primipar gebelerin multipar gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Alehagen vd., 2001). Toohill ve arkadaşlarının doğum korkusunu gruplar arasında karşılaştırdığı çalışmada primipar gebelerin multipar gebelerden daha fazla korku yaşadıkları belirtilmiştir (Toohill vd., 2014). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak primipar gebelerin doğum korkusunu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Bu duruma neden, ilk bebeği olan kadınlarda doğum belirsizliği ile ilişkili olabileceği veya bu kadınlardan anne olma yolunda (fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak) nemli bir yaşam geçişiyle karşı karşıya oldukları gösterilebilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **doğum korkusu yaşama nedenleri olarak**; doğum ağrısı (25.2), bebeğin ölmesi (%19.3), sağlık görevlilerinin sert davranışı (%18.4), bebeğin sakatlanması (%13.3), olumsuz doğum hikayeleri (%10.4), kendisinin ölmesi (%7.2), perinede yırtıkların olacağı (%6.1) ifade edilmiştir. (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda kadınlardan doğum korkusu yaşama sebepleri; doğum hakkında bilgi sahibi olmama, sağlıklı doğum yapacaklarını düşünmemeleri, perinede yırtık olacağı, sağlık personeline güvensizlik, negatif doğum hikayeleri, şiddetli doğum ağrısı olarak belirtilmektedir (Fenwick ve ark., 2015; iek, ., Mete, S., 2015). Çalışmamızdaki sonuçların, genel olarak kadınlardan doğum korkusu nedenleri ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Anne-bebek ilişkisi ve doğum tercihi gibi pek çok durumu etkileyen doğum korkusu, tüm doğum ekibince mutlaka ele alınması gereken ciddi bir problemdir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **doğum korkusu yaşama nedenlerinin doğum yapma durumuna göre dağılımı** incelendiğinde; multipar gebelerin primiparlara göre daha fazla doğum ağrısı cevabını verdiği, primipar gebelerin ise multiparlara göre daha fazla bebeğin sakatlanması, olumsuz doğum hikayeleri, yırtıkların olacağı cevaplarını verdikleri belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 5). El-Aziz ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğum korkusu nedeni olarak primipar gebelerin doğum ağrısı cevabını daha fazla belirttikleri bildirilmiştir (El-Aziz vd., 2017). Çalışma sonucumuz El-Aziz ve arkadaşlarının çalışması ile farklılık göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin bu veya daha önceki gebeliklerindeki **gebelik eğitimi alma durumları** incelendiğinde; %15.3' gebelik eğitimi aldığını ve eğitim alan gebelerin de %84.3' gebelik eğitimini ebelerden aldığını ifade etti (Tablo 6). Doğumda korku ve endişeye en önemli sebep bilgisizliktir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerine ilişkin annelerin bilgi edinmelerini sağlayan gebe eğitimleri sayesinde, annelerin korkusu azalır ve özgüvenleri artar. İspanya'da Artieta-Pinedo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, antenatal eğitim sınıflarına katılan anne adaylarının doğum esnasında daha az



anksiyete yaşadığı sonucu, genel düşünceyi desteklemektedir (Artieta-Pinedo vd., 2010). Gelişmiş ülkelerde, gebelik eğitimlerinin sağlık sistemleri tarafından önemli ölçüde desteklendiği ve ebeveynlerin bu konuda bilinçlendirildiği yapılan çalışmalarda görülmektedir. İsveç'teki bir çalışmada gebelik eğitimine katılım oranının %78-93 olması, gelişmiş ülkelerin gebelik eğitimine verdikleri önemi göstermesi açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir (Fabian, Radestad & Waldenström, 2004). Griffith Üniversitesi liderliğinde yapılan bir araştırmaya göre, doğum öncesi ebe tarafından yönlendirilen psiko-eğitimin kadınların korkularını azalttığı ve sonucunda düşük sezaryen oranlarının elde edildiği bildirilmiştir (Keast, 2016). Dolayısıyla ülkemizin sağlık politikasında, ebelik sisteminin ve doğum öncesi eğitimlerin iyileştirilmesine yer verilmesi, kadınların gebelik ve doğumlarını en güzel şekilde deneyimlemeleri ve azalmış sezaryen oranları ile sonuçlanabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **doğuma hazırlık sınıflarında suda doğumu duyma durumları** incelendiğinde; gebelerin sadece %33'ü eğitim verenin gelen soru üzerine suda doğum ile ilgili açıklama yaptığını ifade etmiştir (Tablo 6). Avrupa ülkelerinde de suda doğumu tercih eden kadınların sayısının istenildiği kadar çok olmadığı, doğuma hazırlık sınıflarında çoğu kadının suda doğum yöntemini duymadığı belirtilmiştir (Harper, 2009). Dolayısıyla, doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimlerde suda doğumun yer almadığı görülmektedir. Bunun sebebi, Eskişehir'deki hastanelerde suda doğum ünitesinin olmaması ile birlikte, birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de suda doğumun alternatif bir yöntem olarak sağlık profesyonellerince önerilmemesi ve sağlık kurumlarında bir seçenek olarak hizmet vermemesi olabilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin ülkemizde hem uygulama hem de çalışma konusunda fenomen olmayan **suda doğumu duyma durumlarını** incelediğimizde; gebelerin çoğunluğunun (%76.3) suda doğumu duyduğu görülmektedir (Tablo 7). Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **suda doğumu duyma kaynaklarına** baktığımızda; "televizyon (%48,6)" ve "internet (%36.4)" aracılığı ile duyanların oranının yüksek olduğu saptandı (Tablo 8). Ovalı'nın (1999) çalışmasında ise, suda doğumu duyan gebelerin oranı %42, duyma kaynaklarında da en fazla "basın-yayın" yolunun (%74.6) olduğu saptanmıştır (Ovalı, 1999). Çalışmamızın sonucuna göre, suda doğumun bilinirliğinin artmış olduğu görülmektedir. Japonya'da yapılan bir çalışmada, suda doğumla ilgili filmlerin televizyonda yayınlanmasından sonra suda doğuma ilgi ve talebin arttığı gözlenmiştir (Williams, 1994). Dolayısıyla suda doğumun bilinirliği ve farkındalığının artmasında, toplumsal hayatın şekillenmesinde oldukça etkili olan görsel medya araçları büyük önem taşımaktadır.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **ülkemizde suda doğum yapıldığını bilme durumlarını** incelediğimizde; gebelerin %51.4'ü suda doğum yapıldığını bilmediğini, %36.2'si suda doğumun yapıldığını ifade etmiştir (Tablo 7). Ayrıca gebelerin %59.6'sı **suda doğumun Türkiye'de yaygınlaştırılmasını istediğini** belirtmiştir (Tablo 7). Ovalı'nın (1999) çalışmasında, gebelerin suda doğumun ülkemizde yapılma durumunu bilme oranı ise %6 olarak bulunmuştur (Ovalı, 1999). Bu sonuç bize gelişen teknoloji ile birlikte daha fazla kadının interneti kullanmasıyla ülkemizde suda doğumun uygulandığını bilenlerin sayısının da arttığını göstermektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **suda doğum yapmayı isteme durumlarını** incelediğimizde; gebelerin %39.5'inin suda doğum yapmayı istediği, %41.4'inin ise suda doğum yapmayı istemediği görülmektedir (Tablo 9). Ovalı'nın (1999) çalışmasında ise, gebelerin %40'ı suda doğum yapmayı istediğini belirtmiştir (Ovalı, 1999). Çalışma sonucumuz Ovalı'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu durum, ülkemizde suda doğuma olan ön yargı sebebi ile sağlık sistemimiz ve sağlık personellerince, toplumun suda doğum hakkında bilgilendirilmemesi, sınırlı sayıdaki hastanede suda doğumun uygulanması sebebi ile her gebenin bu imkana ulaşamaması ve suda doğum farkındalığının oluşmaması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **doğum yapma durumunu ve suda doğum ile ilgili video izlemelerine göre suda doğum yapmayı isteme durumlarını** incelediğimizde; primipar gebelerin (%45.6) ve suda doğum ile ilgili video izlemiş gebelerin (%62.7) suda doğum yapmayı daha fazla istedikleri görülmektedir (Tablo 10 ve Tablo 11). Bu durum, multipar gebelerin daha önce doğumu deneyimledikleri için yeni yöntemleri merak etmediklerini düşündürmektedir. Ayrıca, internette kadının doğumdaki konforunu ve rahatlığını gösteren videoları izleyen gebelerin etkilenmeleri ile suda doğum yapmayı daha fazla istedikleri düşünülebilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelere araştırmacı tarafından suda doğumu gösteren bir **video** izletildikten sonra, gebelerin suda doğum yapmayı isteme oranının %63.1 olduğu görüldü (Tablo 9). Sonuçları incelediğimizde; videoyu izledikten sonra suda doğumu isteyen gebelerin sayısında bir artış olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, görsel medya araçlarını suda doğuma karşı ön yargıları ortadan kaldırmak, bilgilendirmek ve farkındalık oluşturmak açısından önemli rol oynayacağı söylenebilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin çoğu (%72.9) **suda doğum yaparken yanında** eşinin olmasını istediğini ifade etti (Tablo 9). Ovalı'nın çalışmasında ise gebelerin %62.7'si doğumda yanlarında eşinin olmasını istediğini belirtmiştir (Ovalı, 1999). Çalışmamız Ovalı'nın çalışmasıyla

paralellik göstermektedir. Kadınların en özel anı olan doğumda yanında en çok güvendikleri eşlerini istemesi doğaldır. Sapkota ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre, kadınlar doğumda eşlerinin kendilerine duygusal, fiziksel ve bilgilendirici destek verdiğini bildirmişlerdir (Sapkota vd., 2011). Suda doğumda da eşlerin suyun içine girerek, masaj yapmasının, dokunarak destek olmasının anne adayını pozitif etkilediği bildirilmiştir (Atalla & Weaver, 1995).

Çalışma grubunu oluşturan gebelerin **suda doğuma yönelik bilgi düzeyleri** değerlendirildiğinde; bilgi sorularından aldıkları puanların 0-29 arasında değişmekte ve puan ortalamasının  $5.99 \pm 8.57$  olduğu ve gebelerin %29.1'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptandı. Suda doğumun özellikleri ve etkilerini içeren ifadeleri gebelerin doğru yanıtlama durumları incelendiğinde, genel etkilerinin doğru yanıtlanma yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 11). Türkiye'de suda doğum uygulamalarının tarihi 90'lı yıllara dayanmaktadır. Kamuda sadece 2 hastanede suda doğum hizmeti verilmektedir. Bu nedenle sadece toplum değil, sağlık personellerinin de suda doğum ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı ve ön yargılarının olduğu bilinmektedir (Mollamahmutoğlu vd., 2012).

Suda doğum ile ilgili yapılmış birçok çalışmada suda doğumun, doğum ağrısını azaltıcı etkisinin olduğu bildirilmiştir (Mollamahmutoğlu vd., 2012; Swain, 2013; Menakaya vd., 2013; Pairman, 2015). Çalışma grubumuzu oluşturan gebeler suda doğum ile ilgili olarak en çok doğru cevabı bu konuda vermiştir. **"Suda doğum, doğum ağrılarını azaltır (%33.9)"** önermesi en çok doğru olarak bilinen ifade olmuştur (Tablo 11). Ovalı'nın çalışmasında ise gebelerin %32'si suda doğumun anneye olumlu etkisi olarak "ağrısız doğum" cevabını vermiştir (Ovalı, 1999). Çalışma sonucumuz Ovalı'nın çalışmasıyla paralellik göstermekte olup, literatürde de belirtildiği gibi suda doğumun doğum ağrısını azalttığı yönünde gebelerin bilgisi olduğu görülmektedir.

Suda doğum ile ilgili yapılmış çalışmalarda, sıcak suyun rahatlatma etkisine bağlı olarak uterus kaslarının kasılmalarında etki kaybı gelişebileceği ve bu durumun doğumda veya doğum sonrası kanama açısından risk oluşturabileceği ifade edilmiştir (Cluett & Burns, 2009; Toker & Ovalı Uran, 2015; Pairman, 2015). Çalışma grubumuzu oluşturan gebeler suda doğum ile ilgili olarak en çok yanlış cevabı bu konuda vermiştir. **"Suda doğum, annede doğumda veya doğum sonrası kanama riskini artırır (%13.7)"** önermesi en çok yanlış olarak bilinen ifade olmuştur (Tablo 11). Dolayısıyla gebelerin suda doğumun dezavantajları konusunda yetersiz bilgilerinin olduğu görülmektedir. Kadınlara doğuma alternatif bir yöntem olarak suda doğum önerilirken dezavantajlarından da bahsedilmesi önemlidir.

Çalışmamızda üniversite hastanesinde takip edilen gebelerin suda doğum bilgi düzeyi yeterliliği, devlet hastanesinde takip edilen gebelere göre daha yüksek bulundu. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; **gebelerin takip edildikleri hastaneye** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 12). Bu sonuç, üniversite hastanesine gelen gebe grubunun daha eğitilmiş olabileceği şeklinde açıklanabilir. Pirdal ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada, kadınların gebelik hakkındaki bilgi düzeylerini etkileme konusunda takip edildikleri kurum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Pirdal, Yalçın & Ünal, 2016). Bizim çalışmamız bu açıdan farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda il merkezinde yaşayan gebelerin suda doğum bilgi düzeyi yeterliliği, ilçe merkezi ve belde-köyde yaşayan gebelere göre daha yüksek olarak saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; **gebelerin yaşadığı yer** ile suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 12). Maseresha ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada, kentte yaşama ile gebelik, doğum ve postpartum dönem tehlike işaretleri ile ilgili bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Maseresha, Woldemichael & Dube, 2016). Günümüzde sosyo-kültürel gelişmeler ile ekonomik gelişmeler birbirlerini karşılıklı olarak etkileyen önemli dinamiklerdir. Bu sebeple sanayi ve teknolojik gelişmelerin olduğu il merkezinde yaşayan kadınların eğitim, bilgi ve kültür seviyesinin ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olması muhtemeldir. Diğer yandan, il merkezinde yaşayan gebelerin sağlık kuruluşlarına ulaşma, gebelik takiplerine düzenli olarak gelme, doğuma hazırlık kurslarına katılma imkanları daha kolay olduğu için doğum konusunda daha bilinçli, bilgili olmaları beklenmektedir.

Çalışmamızda suda doğum konusunda bilgi düzeyi yeterli olanların sayısı en az 19 yaş ve altında (%5.1) görülürken, en fazla doğurganlık hızının en yüksek olduğu 25-29 yaş grubunda (%37.9) olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; **yaş grubuna** göre gebelerin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 12). Çalışma sonucumuza benzer olarak, Ovalı'nın çalışmasında suda doğumla ilgili bilgileri en fazla 25-29 yaş grubunun bildiği saptanmıştır (Ovalı, 1999). Bu durum gebelik ve doğum konusunda 25-29 yaş grubu gebelerin daha bilinçli olduğunu, gelişmeleri daha fazla takip ettiklerini göstermektedir. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10-19 yaş olarak tanımlanan adölesan dönemde yaşanan gebelikler birçok komplikasyon açısından riskli gebelik grubundadır. Adölesan gebelerin düşük sosyoekonomik seviye ve kırsal yerleşimle ilişkili olarak yetersiz antenatal bakım aldığını gösteren çalışmalar vardır (Kütük, S., 2012). Adölesanlardaki bilgi ve bakım eksikliğinin, suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olanların sayısının da arttığı belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; gebelerin **öğrenim durumlarına** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 12). Ovalı'nın çalışmasında katılımcıların eğitim düzeyinin artmasıyla suda doğuma ilişkin olumlu ve doğru düşüncelerinin arttığı belirlenmiştir (Ovalı, 1999). Çalışma sonucumuz Ovalı'nın çalışması ile paralellik göstermektedir. Bu durum, üniversite mezunu gebelerin interneti daha fazla kullanmaları, daha araştırmacı olmaları ve güncel gelişmeleri yakından takip etmeleri ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca Pirdal ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, gebelerin eğitim düzeyi arttıkça gebelik konusundaki bilgilerinin de arttığı gösterilmiştir. Eğitimin, genel olarak anlamayı kolaylaştırması ve öğrenme becerisi geliştirmesi bu sonuca yol açmış olabilir.

Çalışmamızda gelir getirici bir işte aktif olarak çalışan gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin **gelir getirici bir işte aktif olarak çalışma durumuna** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 12). Çalışma sonucumuza benzer olarak Ovalı'nın çalışmasında, çalışan olguların suda doğuma ilişkin bilgilere daha fazla doğru yanıt verdikleri görülmüş olup, yapılan testlerde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ovalı, 1999). Dolayısıyla çalışan grubun eğitim düzeyinin daha yüksek olması ile suda doğum hakkında doğru bilgiye daha fazla sahip olmaları ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olan gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aile gelir durumu arttıkça suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olan gebe sayısının da arttığı belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, **sosyal güvence durumu** ve **aile gelir durumuna** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 12). Şen ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada, gelir düzeyi iyi olan gebelerin sağlık uygulama bilgilerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Şen vd., 2012). Bu durum, sosyo-ekonomik düzeyin, bilgi gereksinimlerini, farkındalıklarını ve sağlık uygulamalarını etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda primipar gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyinin multiparlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin **gebelik sayısına** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 13). Ovalı'nın çalışmasında, multipar gebelerin suda doğum ile ilgili daha fazla olumlu ve doğru düşüncelerinin olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Ovalı, 1999). Çalışma sonucumuz Ovalı'nın çalışması ile farklılık göstermektedir. Bu durum, günümüzde bilgiye ulaşmanın daha kolay olması ve kadınların doğal bir süreç olan doğum olayına daha çok korku ile yaklaştıklarını ve doğum

ağrısı ile baş etmede yetersizlik yaşayacaklarını düşünerek alternatif doğum yöntemlerine daha fazla ilgi duymaları şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda düşük öyküsü olan gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyinin, düşük öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin **düşük öyküsüne** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 13). Düşük deneyimi yaşayan kadınların, çocuk sahibi olmayı daha çok istedikleri ve bu sebeple gebelik ve doğum süreçleri hakkında daha çok araştırma yaparak bilgi edindikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda **küretaj ve ölü doğum öyküsü** olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Çalışmamızda **gebelik haftasına** göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 14). Ovalı'nın çalışmasında, gebelik ayları ve suda doğumla ilgili bilgileri bilme durumu arasında yapılan testlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Ovalı, 1999). Sonuçlarımız Ovalı'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebeliğini isteme durumunun suda doğum hakkında bilgi düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde; gebeliğini isteyenlerin bilgi düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulundu. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin **şimdiki gebeliğini isteme durumuna** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Goossens ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada, planlı gebeliği olan kadınların gebeliğe ve doğuma daha fazla uyum gösterdikleri bildirilmiştir (Goossens vd., 2016). Bu durum, planlı gebeliklerde anne adaylarının daha bilinçli, araştırmacı ve doğum sürecine daha hazır olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda doğuma hazırlık kursuna katılan ve gebe eğitimi sırasında suda doğum ile ilgili bilgi alan gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyi diğerlerine göre daha yüksek olarak belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin **doğuma hazırlık kursuna katılma durumuna** göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 16 ve Tablo 17). Maseresha ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılan gebelerin gebelik, doğum ve postpartum dönem tehlike işaretleri ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Maseresha, Woldemichael & Dube, 2016). McCants tarafından yapılan başka bir çalışmada, doğum öncesi eğitime katılan gebelerin doğum hakkındaki kararlarının ve tutumlarının değiştiği bildirilmiştir (McCants, 2015). Bu sonuçlar, gebe eğitimlerinin, gebelerin doğum süreci hakkında

bilinçlenmesinde önemli bir yere sahip olduğunu ve doğum korkusu ile baş etmede etkili bir dinamik olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuyan gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olanların sayısı, gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okumayanlara göre daha yüksek bulundu. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, **gebelerin doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumlarına** göre gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 18). Bu sonuç, kitle iletişim araçlarının gebelerin suda doğum hakkında bilgilenmesinde önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda suda doğum yapmayı isteyen gebelerin suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterli olanların sayısı, suda doğum yapmayı istemeyenlere göre daha yüksek bulundu. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, **gebelerin suda doğum yapmayı isteme durumlarına** göre gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 19). Bu durum, suda doğum yapmayı isteyen gebelerin suda doğumun fiziksel ve fizyolojik etkileri ile ilgili araştırmalar yaptıklarını ve bilgi sahibi olduklarını göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar;

- Katılımcıların %15'ini ESOĞÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, %85'ini ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde takip edilen gebeler oluşmuştur.
- Katılımcıların yaş ortalamaları  $26.52 \pm 5.17$  olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %68'inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların %3.4'ünün okur-yazar değil, %35.8'inin ilkokul, %37'sinin lise, %23.8'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların %76.1'i her hangi bir işte çalışmadığını ve %90.9'u sosyal güvencesinin olduğunu bildirmiştir.
- Katılımcıların %51.5'inin primipar, %48.5'inin multipar olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların %16'sında düşük öyküsü, %6.8'inde küretaj öyküsü, %2.4'ünde ölü doğum öyküsü olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların ortalama gebelik sayısının 1.95 olduğu saptanmıştır.
- Katılımcılar arasından multiparların %14.2'sinin normal vajinal doğum, %47.8'inin epizyotomili vajinal doğum, %37.9'unun sezaryen sectio ile doğum yaptığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların %83.3'ünün 3. trimesterde olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların %82.9'u gebeliğini istendiğini bildirmiştir.
- Katılımcılar arasından primiparların %71.8'inin, multiparların %58.4'ünün doğumdan korktuğu belirlenmiştir.
- Katılımcılar arasından primiparların %23.8'i, multiparların %27.2'si doğum ağrısını, primiparların %18.7'si, multiparların %20.1'i bebeğin ölmesini, primiparların %17.9'u, multiparların %19.0'u sağlık görevlilerinin olumsuz davranışlarını, primiparların %14.7'si, multiparların %11.0'i bebeğin sakatlanmasını, primiparların %10.9'u, multiparların %9.6'sı olumsuz doğum hikayelerini, primiparların %6.6'sı, multiparların %8.0'i kendisinin ölmesini,



primiparların %7.0'si, multiparların %4.7'si yırtıkların olacağını doğumdan korkma nedeni olarak bildirmiştir.

- Katılımcıların %15.3'ünün gebelik eğitimi aldığı saptanmıştır.
- Katılımcılar arasında gebelik eğitimi alanların %77.1'i hastanede eğitim aldığı, %84.3'ü eğitimin ebe tarafından verildiğini ve %33.3'ü gebelik eğitiminde suda doğumdan bahsedildiğini bildirmiştir.
- Katılımcıların %49.1'i gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuduğunu bildirmiştir.
- Katılımcıların %76.3'ü suda doğumu duyduğunu ve %32.2'si suda doğum ile ilgili video izlediğini bildirmiştir.
- Katılımcıların %48.6'sı televizyondan, %36.4'ü internetten, %7.6'sı yakın çevreden, %7.4'ü sağlık çalışanlarından suda doğumu duyduğunu ifade etmiştir.
- Katılımcıların %51.4'ünün Türkiye'de suda doğumun uygulanmasına dair bilgisinin olmadığı bulunmuştur.
- Katılımcıların %59.6'sı Türkiye'de suda doğumun yaygınlaştırılmasını istediğini bildirmiştir.
- Katılımcıların %39.5'inin suda doğum yapmak istediği saptanmıştır.
- Katılımcıların %72.9'unun suda doğumda yanında eşini istediği bulunmuştur.
- Katılımcıların %30.9'u kadın hastalıkları ve doğum uzmanının, %15.5'i ebenin, %48.4'ü hekim ve ebenin ekip halinde suda doğumu yaptırmasını istediğini ifade etmiştir.
- Katılımcıların %63.1'i çalışma sırasında izletilen suda doğum videosundan sonra suda doğum yapmayı istediğini bildirmiştir.
- Katılımcılar arasından primiparların %45.6'sı, multiparların %33.0'ü suda doğum yapmayı istediğini bildirmiştir.
- Katılımcılar arasından daha önce suda doğumla ilgili video izleyenlerin %62.7'i, video izlemeyenlerin %28.5'i suda doğum yapmayı istediğini bildirmiştir.

- Katılımcıların suda doğumla ilgili bilgi sorularından aldıkları puanların 0-29 arasında ve ortalama puanın  $5.99 \pm 8.57$  olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların %29.1'inin suda doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.
- Katılımcılar en çok doğru olarak "Suda doğum, doğum ağrılarını azaltır (%33.9)" önermesini bilmıştır.
- Katılımcılar en çok yanlış olarak "Suda doğum, annede doğumda veya doğum sonrası kanama riskini artırır (%13.7)" önermesini bilmıştır.
- Çalışmamızda Üniversite Hastanesi'nde takip edilen katılımcıların suda doğum bilgi düzeyi yeterliliğinin Devlet Hastanesi'nde takip edilenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda il merkezinde yaşayan katılımcıların suda doğum bilgi düzeyi yeterliliğinin ilçe merkezi ve belde-köyde yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda 25-29 yaş grubundaki katılımcıların suda doğum bilgi düzeyi yeterliliğinin diğer yaş gruplarındakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeyi arttıkça suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliğinin de arttığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda gelir getirici bir işte aktif olarak çalışan katılımcıların suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda sosyal güvencesi olan katılımcıların suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliğinin, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda katılımcıların aile gelir durumu arttıkça suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliğinin de arttığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda primipar katılımcıların suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği, multiparlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Çalışmamızda düşük öyküsü olan katılımcıların suda doğum hakkında bilgi düzeyi, olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

- Çalışmamızda küretaj öyküsü ve ölü doğum öyküsü olanlarla olmayanlar arasında suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği açısından bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
- Çalışmamızda gebelik haftasına göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).
- Çalışmamızda planlı gebeliği olan katılımcıların suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği, plansız gebeliği olanlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
- Çalışmamızda gebelik eğitimi alan katılımcıların suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliğinin, gebelik eğitimi almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- Çalışmamızda gebelik eğitimi sırasında suda doğum hakkında bilgi alma durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
- Çalışmamızda gebelik ve doğuma ilişkin kitap-dergi okuma durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Çalışmamızda katılımcıların suda doğum yapmayı isteme durumuna göre suda doğum hakkında bilgi düzeyi yeterliliği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## **Öneriler;**

- Gebelerin suda doğum konusunda yeterli bilgiye ulaşabilmesi için eğitimler planlanmalı,
- Suda doğum alternatif bir seçenek olarak kadınlara sunulmalı,
- Suda doğum konusunda tanıtıcı broşürler, kitapçıklar geliştirip, suda doğum farkındalığının oluşturulması, istek ve talebin arttırılması sağlanmalı,
- Basın-yayın organlarında suda doğumun daha fazla yer alması sağlanmalı,
- Bundan sonraki suda doğum ile ilgili yapılacak çalışmalarda sağlık personellerinin bilgi ve tutumları sorgulanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

Adams, E. D. (2016). Birth Environments: A Woman's Choice in the 21st Century. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 30(3), 224-227

Aderhold, K. J., Perry, L. (1991). Jet hydrotherapy for labor and postpartum pain relief. *Maternal Child Nursing*, 16, 97-99

Aird, I. A., Luckas M. J. M., Buckett, W. M., Bousfielf, P. (1997). Effects of intrapartum hydrotherapy on labour parameters. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(2), 137-142

Alderdice, F., Renfrew, M., Marchant, S., Ashurst, H., Hughes, P. M., Berridge, G. (1995). Labour and birth in water in England and Wales: survey report. *British Journal of Midwifery*, 310, 837

Alehagen, S., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Fear during labour. *Acta Obstetrica Et Gynecologica scandinavica*. 80(4), 315-320

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2006). Episiotomy. ACOG Practice Bulletin 71. *Obstet. Gynecol*, 107, 957-962

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Pediatrics (AAP). (2014). Immersion in Water During Labor and Delivery, Committee Opinion

Ampofo, E. A., Caine, V. (2015). A narrative inquiry into women's perception and experience of labour pain: A study in the western region of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 3, 86-93

Anderson, B., Gyhagen, M., Neilse, N. T. F. (1996). Warm bath during labour: effects on labour duration and maternal and fetal infectious morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16(5), 326-330

Arslan, H., Karahan, N., Çam, Ç., (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 54-59

Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro, G. F., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A., Payo, J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*, 59(3), 194-202

Atalla, R., Weaver, J. (1995). Labour and birth in water. Safety has yet to be determined. *BMJ*, 311(7001), 391

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Avcıbay, B., Alan, S., (2011). Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 18-24

Demirgöz Bal, M., Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri. *F.N. Hem. Derg*, 21(2), 139-146

Bary, P. (2016). Normalising Birthing. *WIN*, 24(7), 63  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=0498e146-3876-4a36-94c0-6510051fb396%40sessionmgr4008&hid=4114>  
Erişim Tarihi: 15.11.2016

Beake, S. (1999). Water birth: a literature review'. *MIDIRS Midwifery Dig.*, 9, 473-477

Benfield, R. D., Herman, J., Katz, V.L., Wilson, S.P., Davis, J.M. (2001). Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing and Health*, 24(1), 57-67

Benfield, R. D. (2002). Hydrotherapy in labor. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 347-352

Black M, Bhattacharya S, Philip S, Norman JE, McLernon DJ (2016) Planned Repeat Cesarean Section at Term and Adverse Childhood Health Outcomes: A Record-Linkage Study. *PLoS Med*, 13(3), doi:10.1371/journal.pmed.1001973

Burke, E., Kilfoyle, A. (1995). A comparative study: waterbirths and bed births. *Midwives*, 108(1284), 3-7

Burns, E, Greenish, K. (1993). Water birth. Pooling information. *Nurse Times*, 89(8), 47-49

Burns, E. (2001). Waterbirths. *MIDIRS Midwifery Digest*, 11(3), 10-13

Cammu, H., Clasen, K., Van Wetteren, L., Derde, M. (1994). 'To bathe or not to bathe' during the first stage of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73, 468-72

Cefalo, R. C., Hellgers, A. E. (1978). The effects of maternal hyperthermia on maternal and fetal cardiovascular and respiratory function. *Am J Obstet Gynecol*, 131(6), 687-694

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Chaichian, S., Akhlaghi, A., Rousta, F., Safavi, M. (2009). Experience of water birth delivery in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 12(5), 468-471

Church, L.K. (1989). Water birth: one birthing center's observations. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34(4), 165-170

Cluett, E. R., Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2):CD000111

Coşar, F., Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi* , 3(1), 18-30

Çiçek, Ö., Mete, S.(2015). Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *DEUHFED*, 8(4), 263-268

Dahlen, H. G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V., Tracy, S. (2013). Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*, 29, 759-764

Deans, A. C., Steer, P. J. (1995). Labour and birth in water. Temperature of pool is important. *BMJ*, 311(7001), 390-391

Demirel, G., Moraloglu, O., Celik, I. H., Erdeve, O., Mollamahmutoglu, L., Oguz, S. S., et al. (2013). The effects of water birth on neonatal outcomes: a five-year result of a referral tertiary centre. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17(10),1395-8

Dweik, D., Sluijs, A. (2015). What is underneath the cesarean request?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94 (2015), 1153-1155

Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 68-76

Eckert, K., Turnbull, D., MacLennan, A. (2001). Immersion in water in the first stage of labor: a randomised controlled trial, *Birth*, 28, 84-93

Edlich, R. F., Towler, M. A., Goitz, R. J., Wilder, R. P., Buschbacher, L. P., Morgan, R. F. (1987). Bioengineering principles of hydrotherapy. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 8, 580-4

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Egger, M., Smith, D. G., Schneider, M., Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*, 315(7109), 629-634

El-Aziz, S.N., Mansour, S., Hassan, N.F. (2017). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(1), 133-145

Eldor, J., Burstein, M., Dudakova, I., Stark, M. (1992). Jacuzzi-immersion for obstetric analgesia. [*Hebrew*] *Harefuah*, 123(12), 522-523

Elkin, N. (2016). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvurmuş Olan 18-49 Yaş Arası Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Kliniği*, 21(2), 119-128

Ergin, A. (2015). Doğum dalgaları ile baş etme yöntemleri. *E-Sağlık Ebelik Dergisi*, 1(3), 2333

Eriksson, M., Mattson, L., Ladfors, L. (1997). Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery*, 13(3), 146-148

Fabian, H. M., Radestad, I. J., Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3), 226-35

Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246

Garland, D., Jones, K. (1994). Waterbirth, first stage immersion or non-immersion?. *British Journal of Midwifery*, 2(1), 13-20

Garland, D., Jones, K. (1997). Waterbirth; updating the evidence. *British Journal of Midwifery*, 5(3), 68-73

Garland, D., Jones, K. (2000). Waterbirths: supporting practice with clinical audit. *MIDIRS Midwifery Digest*, 10(33), 3-6

Garland, D. (2002). Collaborative waterbirth audit - supporting practice with audit. *MIDIRS Midwifery Digest*, 12(4), 508-511

Garland, D. (2006). On the crest of a wave. Completion of a collaborative audit. *MIDIRS. Midwifery Digest*, 16(1), 81-85

## **KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)**

Garland D. (2011). Revisiting Waterbirth An Attitudue to Care. 11. Ed. London: Palgrave & Mac Millan, p.10-28

Gaskin, I. M. The pain/pleasure riddle. Ina May's Guide to Childbirth. *New York: Bantam Dell*, 2003:150-66

Geissbuehler, V., Eberhard, J. (2000). Waterbirths a comparative study. A prospective study on more than 2,000 waterbirths. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 15(5), 291-300

Geissbuehler, V., Stein, S., Eberhard, J. (2004). Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *Journal of Perinatal Medicine*, 32, 308-314

Gilbert, R. E., Tookey, P. A. (1999). Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey. *BMJ*, 319, 483-487

Ginesi, L., Niescierowicz, R. (1998). Neuroendocrinology and birth 1: stress. *British Journal of Midwifery*, 6(10), 559-563

Ginesi, L., Niescierowicz, R. (1998). Neuroendocrinology and birth 2: The role of oxytocin. *British Journal of Midwifery*, 6(12), 791-796

Gradert, Y., Hertel, J., Lenstrup, C., Bach, F. W., Christensen, N. J., Rosenö, H. (1987). Warm Tub Bath During Labor Effecta on Plasma Catecholamine and P-endorphin- Like Immunoreactivity Concentrations in the Infants at Birth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 66(8), 681-3

Green, J., Coupland, V., Kitzinger, J. (1990). Expectations, Experiences and Psychological Outcomes of childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth*, 17(1), 15-24

Greathouse, K. (2014). The "Nightmare" of Childbirth: The Prevalence and Predominant Predictor Variables for Tokophobia in American Women of Childbearing Age, Doctoral Dissertation, The School of Professional Psychology, Chicago

Guedes, GW., Sousa, MNA., Lima TNFA., Lima, MNFA., Davim, RMB., Costa, TS. (2016). Pregnant Women Knowledge About The Benefits Of Normal Birth In Prenatal Consultation. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(10), 3860-7. DOI: 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201618



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Haddad, F. (1996). Labour and birth in water: an obstetrician's observations over a decade. In: Beech BAL ed. Water birth unplugged. *Hale: Books for Midwives Press*, 96-108

Hall, S. M., Holloway, I. M. (1998). Staying in control: women's experience of labour in water. *Midwifery*, 14(1), 30-6

Harper, B. (2000). Waterbirth basics. From newborn breathing to hospital protocols. *Midwifery Today Int Midwife*, 117, 32-35

Harper, B. (2006). Guideline for a Safe Water Birth. *Waterbirth International*.

<http://www.waterbirth.org/assets/documents/Guidelines%20for%20safe%20Water%20use.pdf> Erişim Tarihi: 20.03.2016

Harper, B. Gentle Birth Choices. Penny Price Media, 2008. DVD

Harper, B. (2009). Helping Women Achieve What They Want in a Hospital Birth: Education not Alienation. *International Journal of Childbirth Education*, 24(3), 10-13

Hawkins, S. (1995). Water versus conventional birth: infections rates compared. *Nursing Times*, 91(11), 38-40

İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD). (2015). Health Statistics, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm> Erişim Tarihi: 03.10.2016

Johnson, P. (1996). Birth under water – to breathe or not to breathe. *Obstet Gynaecol*, 103, 202-208

Karaöz, B., Saruhan, A. (2012). Perinenin Korunması İçin Intrapartum Girişimler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 323-332

Kassim, Z., Sellars, M., Greenough, A. (2005). Underwater birth and neonatal respiratory distress. *BMJ*, 330(7499), 1071-1072

Katz, V. L., Ryder, R. M., Cefalo, R. C., Carmichael, S.C., Goolsby, R. (1990). A comparison of bed rest and immersion for treating the edema of pregnancy. *Obstet Gynecol Publishing*, 75(2), 147-151

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Keast, K. (2016). How Midwives Are Reducing Fear Of Childbirth. Health Times Update, 24(4), 30

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1305b9ef-d894-4280-b2c9-bd85c932157d%40sessionmgr4008&hid=4114>

Erişim Tarihi: 15.11.2016

Köşgeroğlu, N., Ünsal, A., Türe, S., Çulha, İ., Öz, Z. (2016). Eskişehir'de Yaşayan Bir Grup Kadının Aile İçi Şiddete Maruziyet Durumları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 83-94

Kütük, S. (2012). Adölesan gebelik riskleri ve sorunları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16, 31-34

Kütük, M. S., Dolanbay, M., Özgün, M. T., Özdemir, F., Öztürk, A., Aygen, E. (2014). Retrospective Analysis of Episiotomy Rate in Erciyes University. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 20, 10-14

Larsson, B., Karlstrom, A., Rubertsson, C., Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 629–636

Lenstrup, C., Schantz, A., Berget, A., Feder, E., Roseno, H (1987). Warm tub bath during delivery. *Acta Obstetrica Gynaecologica Scandinavica*, 66(8), 709-12

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 16–24

Macdonald, S. (2012). *Mayes' Midwifery*, (14. Ed.). Bailliere Tindall; Elsevier

Mackey, M. M. (2001). Use of Water in Labor and Birth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 733-749

Mammas, I. N., Thiagarajan, P. (2009). Water aspiration syndrome at birth-report of two cases. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(4), 365-367

Maseresha, N., Woldemichael, K., Dube, L. (2016). Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women in Erer district, Somali region, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 16(30), 1-8

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Maude R.M., Foureur M.J. (2007). It's beyond water: stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women Birth*, 20(1), 17-24

McCandlish, R., Renfrew, M. (1993). Immersion in water during labor and birth: the need for evaluation. *Birth*, 20(2), 79-85

McCants, B. (2015). The Impact of Prebirth Education on Childbirth Decision Making. Doctoral Dissertation, Walden University

McKinney, D. (2006). A Qualitative Study of the Bradley Method of Childbirth Education. *International Journal of Childbirth Education*, 21(3), 26-29

Melzack, R. (1984). The myth of painless childbirth. *Pain*, 19 (4), 321-337

Menakaya, U., Albayati, S., Vella, E., Fenwick, J., Angstetra, D., (2012). A Retrospective Comparison Of Water Birth And Conventional Vaginal Birth Among Women Deemed To Be Low Risk In A Secondary Level Hospital In Australia. *Women and Birth*, 26(2013), 114-118

Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, Ö., Özeyer, Ş., Su, FA., Karayalçın, R., Hançerlioğlu, N., Uzunlar, Ö., Dilmen, U. (2012). The Effects of Immersion in Water on Labor, Birth and Newborn and Comparison With Epidural Analgesia and Conventional Vaginal Delivery. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 13, 45-9

Moneta, J., Okninska, A., Wielgos, M., Przybos, A., Szymusik, I., Marianowski, L. (2001). Patient's preferences concerning the course of labor. *Ginekologia Polska*, 72(12), 1010-1018

Nguyen, S., Kuschel, C., Teele, R., Spooner, C. (2002). Water birth-a near-drowning experience. *Pediatrics*, 110(2 Pt 1), 411-413

Nikodem, C., Hofmeyr, G. J., Nolte, A. G. W., Jager, M. (1999). The effects of water on birth: a randomized controlled trial. *Proceedings of the 14th Conference on Priorities in Perinatal Care in South Africa*, 7(10), 163-166

Odent, M. (1983). Birth under water, *Lancet*, 2, 1476-1477

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Ohlsson, G., Buchhave, P., Leandersson, U., Nordstrom, L., Rydhstrom, H., Sjolín, I. (2001). Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 311-314

Otigbah, C. M., Dhanjal, M. K., Harmsworth, G. (2000). A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 91(1), 15-20

Ovalı, İ. (1999). Son Trimesterdeki Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., İstanbul

Özerdoğan, N. (2003). Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevelansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., İstanbul

Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S. (2015). *Midwifery Preparation for Practice (3. Ed.)*. Churchill Livingstone: Elsevier Australia

Pernoll, M. L. (2002). Çağdaş Obsterik ve Jinekoloji El Kitabı. Palme yayıncılık

Pinette, M. G., Wax, J., Wilson, E. (2004). The risks of underwater birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(5), 1211-1215

Pirdal, H., Yalçın, B. M., Ünal, M. (2016). Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Derg*, 20(1), 7-15

Poder, T. G., Lariviere, M. (2014). Advantages and disadvantages of water birth. A systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil*, 42(10), 706-13

Power, G. G. (1989). Biology of temperature: the mammalian fetus. *Journal of Developmental Physiology*, 12(6), 295-304

Rawal, J., Shah, A., Stirk, F., Mehtar, S. (1994). Waterbirth and infection in babies. *BMJ*, 309(6953), 511

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

RCM/RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives). (2006). Joint statement No.1: Immersion in water during labour and birth.

Reid-Campion, M. (1990). Adult Hydrotherapy. A Practical Approach, 1st Edition. *Oxford: Heinemann.*

Reid-Campion, M. (1997). Hydrotherapy: Principles and Practice, 2nd Edition, *Oxford: Butterworth Heineman.*

Richmond, H. (2003). Women's experiences of waterbirth. *Practising Midwife*, 6(3),26-31.

Robinson, J. (1993). A Waterbirth Death In Sweden. *AIMS Journal*, 5, 7-8.

Robertson, P. A., Huang, L. J., Croughan-Minihane, M. S., Kilpatrick, S. J. (1998). Is there an association between water baths during labour and the development of chorioamnionitis or endometritis?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178, 1215-1221

Rosevear, S. K., Fox, R., Marlow, N., Stirrat, G. M. (1993). Birthing pools and the fetus. *The Lancet*, 342(8878), 1048-1049

Rosser, J. (1994). Is water birth safe? The facts behind the controversy. *Midwifery Digest*, 4, 4-6

RCOG/Royal College of Midwives. (1994). Position Statement 1a: The Use of Water During Birth. *London: RCOG*

Rush, J., Burlock, S., Lambert, K., Loosley-Millman, M., Hutchison, B., Enkin, M. (1996). The effects of whirlpool baths in labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 23(3), 136-143

Sayiner, F.D., Demirci, N., 2007, Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği, *Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 15(60), 146-154

Sayiner, F.D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148

Sapkota, S., Kobayashi, T., Takase, M. (2011). Women's experience of giving birth with their husband's support in Nepal. *British Journal of Midwifery*, 19(7), 426-432

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Scott, J. R., Disaia, P., Hammond, C. B., Spellacy, N. N. (1997). Danfort Obsterik ve Jinekoloji (Çev: R, Erez). *Yüce Yayın A.Ş, İstanbul*, s 129-148

Schorn, M. N., McAllister, J. L., Blanco, J. D. (1993). Water Immersion ans The Effect on Labor. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38(6), 336-342

Sharmila, j. R. (2012). Effect of Bradley Method on Labour Outcome among Pregnant Women at Selected Hospital, Coimbatore. *Asian J. Nursing Edu. and Research*, 2(3), 109-112

Simkin, P., Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504

Stoll, K., Edmonds, J. K., Hall, W. A. (2015). Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *BIRTH* 42(3), 270-276

Storksens, H.T., Niegel, S., Adam, s. S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 221

Swain, D. (2013). Water Birth is an alternative to air birth- A Comprehensive Review article. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 3(2), 69-78

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, I., Bladh., M., Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 115. DOI 10.1186/s12884-015-0548-6

Şen, E., Er Güneri, S., Yanikkerem, E., Hadimli, A., Kavlak, O., Şirin, a., Saruhan, A. (2012). Determination of Knowledge Requirements and Health Practices of Adolescent Pregnant Women. *International Journal of Caring Sciences* 5(2), 171-178

Taha, M. (2000). The effects of water on labour: a randomised controlled trial, Thesis, Rand Afrikaans University; Johannesburg

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitapevi

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Tatarlar, A. (2015). Vajinal Doğum Sirasında Yaşanan Korkunun Laktasyona, Emzirme Davranışlarına Ve İlk Emzirme Sonuçlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, İşgücü İstatistikleri, Ocak 2016

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21570>

Erişim

Tarihi: 12.07.2016

T.C Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık İstatistikleri. (2015).

<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> Erişim Tarihi: 15.11.2016

Thoeni, A., Zech, N., Moroder, L., Ploner, F. (2005). Review of 600 water births. Does water birth increase the risk of neonatal infection?. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 17(5), 357-361

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

Toker, E., Ovalı Uran, İ. (2015). Suda Doğum. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(3), 87-95

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *Pregnancy and Childbirth*, 14, 275

Tritten, J. (2015). Waterbirth. *Midwifery Today*, 115, 5

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım 2014

UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting). (1994). Position Statement on Waterbirths. Annexe 1 to Registrar's letter 16/1994. *London: UKCC*

Chapman, V., Charles, C. (2013). The Midwife's Labour and Birth Handbook. 3rd Edition, *Wiley-Blackwell Publishing*

Waldenstrom, U., Nilsson, C. A. (1992). Warm tub bath after spontaneous rupture of the membranes. *Birth*, 19(2), 57-63

Wickham, S. (2005). The birth of water embolism. *Practising Midwife*, 8(11), 37

Williams, K. (1994). Mother Knowbest. *Nursing Time*, 3(7), 375-382

Woodward, B. J., Kelly, S. M. (2004). A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 111(6), 537-545

Yıldırım G. (2005). Suda Doğumun Anne ve Bebek Üzerindeki Etkileri. *İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi*, 54 (13),134-43

Young, K., Kruske, S. (2013). How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature. *Women Birth*, 26(2), 105-9

Zanetti-Daellenbach, R. A., Tschudin, S., Zhong, X. Z., Holzgreve, W., Lapaire, O., Hösli, I. (2007). Maternal and neonatal infection and obstetrical outcome in water birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 134(1), 37-43

Zimmermann, R., Huch, A., Huch, R. (1993). Water birth- is it safe?. *Journal of Perinatal Medicine*, 21(1), 5-11



## 8. EKLER DİZİNİ

### EK-1: ANKET FORMU

#### I-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız: .....

2-Öğrenim durumunuz?

1)Okur-yazar değil 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite

3-Ne iş yapıyorsunuz?

1)Çalışmıyor 2) Memur 3)İşçi 4)Emekli 5) Serbest meslek

4-Yaşadığınız yer?

1)İl 2)İlçe 3)Kasaba 4)Köy

5- Sosyal güvenceniz ?

1)Var:..... 2) Yok

6- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1)İyi 2) Orta 3) Kötü

#### II-GEBELİK ve DOĞUM İLE İLGİLİ BİLGİLER

7- Gebelik haftanız: .....

8- Son adet tarihiniz: .....

9- Kaçınıcı gebeliğiniz: .....

10- Düşük sayınız: ... Kürtaj sayınız: ... Ölü doğum sayınız: ...

11- İsteyerek mi gebe kaldınız?

1) Evet 2) Hayır

12- Bu veya daha önceki gebeliklerinizde, Gebelik ile ilgili eğitim aldınız mı?

(Cevabınız Hayır ise, 16. Soruya geçiniz.)

1) Evet 2) Hayır

13- Gebelik eğitiminizi nereden aldınız?

1) Özel kurs 2) Hastane 3) Aile Sağlığı Merkezi 4)Diğer.....

14- Gebelik eğitiminizi kimden aldınız?

1) Ebe – Hemşire 2) Aile Hekimi 3)Kadın doğum doktoru 4) Diğer.....

15- Gebelik eğitimlerinde suda doğum ile ilgili bilgi verildi mi?

1) Evet 2)Hayır

16- Önceki doğumlarınızı nerede yaptınız?

1)Ev 2)Hastane 3)Diğer.....

**17- Önceki doğum şekliniz? (Normal, epizyotomi(kesi), epidural, vakum, sezaryen belirtiniz.)**

.....

**18- Doğum ağrılarında korkuyor musunuz?**

- 1) Evet                      2)Hayır

**19- Doğumdan korkuyor musunuz? (Cevabınız Hayır ise, 21. Soruya geçiniz)**

- 1) Evet                      2)Hayır

**20- Doğumda sizi korkutan nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Doğumda ölmekten korkuyorum  
2) Doğumda yaralanmaktan/ yırtıklarımın olmasından korkuyorum  
3) Doğumda bebeğimin sakat olmasından korkuyorum  
4) Doğumda bebeğimin ölmesinden korkuyorum

**21- Gebelik ve doğuma ilişkin kitap, dergi okuyor musunuz?**

- 1) Evet                      2)Hayır

**22- Suda doğumu duyduunuz mu? (Cevabınız Hayır ise, 24.soruya geçiniz)**

- 1)Evet                      2)Hayır

**23- Suda doğum yapıldığını duyduysanız, bu bilgiyi nereden aldınız?**

- 1)Televizyon  
2)İnternet  
3)Eş, tanıdık  
4)Doktor, Ebe, Hemşire

**24- Bildiğiniz başka bir doğum yöntemi varsa işaretleyiniz?**

- 1) Epidural ile Doğum  
2) Hipnoz ile Doğum  
3) Evde Doğum  
4) Akupunktur ile doğum  
5) TENS ile doğum  
6) Akupres ile doğum  
7) Diğer .....

**25- İletişim araçlarından interneti kullanır mısınız?**

- 1)Evet                      2)Hayır

**26- Suda doğum ile ilgili internetten video(lar) izlediniz mi?**

- 1)Evet                      2)Hayır

**27- Sizce suda doğum ülkemizde yapılıyor mu?**

- 1)Evet                      2)Hayır                      3)Bilmiyorum

**28- Suda doğumun ülkemizde her kadına uygulanan yaygın bir doğum yöntemi olmasını ister misiniz?**

- 1)Evet                      2)Hayır                      3)Bilmiyorum

**29- Siz suda doğum yapmak ister misiniz? (Cevabınız Hayır ise, 31.soruya geçiniz.)**

- 1)Evet                      2)Hayır                      3)Bilmiyorum

**30- Suda doğum yapsanız ailenizden kimin yanınızda olmasını istersiniz?**

- 1)Eşim  
2)Annem/Kardeşim  
3) Hiç kimseyi istemem, Neden?.....  
4) Diğer.....

**31- Sizce suda doğumu hangi sağlık personeli/personelleri yaptırmalıdır?**

- 1)Kadın doğum uzmanı  
2)Ebe/Hemşire  
3)İkisi birlikte, ekip çalışması olmalıdır  
4)Bilmiyorum

**32- Suda doğum hakkında daha geniş bilgi sahibi olmak ister misiniz?**

- 1)Evet                      2)Hayır

**33- Suda doğum ile ilgili izletilen video, suda doğum fikrinizi nasıl etkiledi?**

- 1) Kesinlikle suda doğum yapmak isterim  
2) Fikrim değişmedi, uygulamak istemem  
3) Bilmiyorum

### III-SUDA DOĞUM İLE İLGİLİ BİLGİLER

**Yönerge:** Bu bölümde suda doğumla ilgili bilgilerinizi değerlendiren sorular bulunmaktadır. Lütfen, aşağıda verilen her sorunun yanındaki Evet, Hayır ve Bilmiyorum seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

34-Suda doğum, 37. haftadan sonra normal risksiz her gebeye önerilir.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
35- Suda doğum, doğum ağrılarını azaltır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
36- Suda doğum, doğum süresini arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
37- Suda doğumda, uterusu (rahim) giden kan akımının artması, kasılmaların etkisini arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
38- Suda doğum, perinede oluşan yırtık oranlarını arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
39- Suda doğum, doğumun dikişli olma oranlarını arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
40- Suda doğum, doğumda ağrı kesici ilaç kullanımını azaltır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
41- Suda doğumda, su rahim ağzının açılmasını yavaşlatır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
42- Suda doğumda, doğum havuzuna annenin alınması için, düzenli doğum ağrılarının başlaması ve rahim ağzı açıklığının 4 cm olması gerekir.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
43- Suda doğumda, doğum havuzunda düzenli doğum ağrıları başlayıp, bebek doğana kadar kalır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
44- Suda doğumda, plasenta ve eklerinin (bebeğin eşi) doğum havuzunda doğmasında hiçbir risk yoktur.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
45- Suda doğumda, annede enfeksiyon gelişme riski normal vajinal doğum ile aynıdır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
46- Suda doğumda, suyun sıcaklığının annenin vücut ısısından daha yüksek olması, rahme giden kan akımında azalmaya neden olur.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
47- Suda doğumda, suyun sıcaklığının annenin vücut ısısından daha yüksek olması, annede daha fazla sıvı kaybına neden olur.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
48- Suda doğum, annede doğumda veya doğum sonrası kanama riskini arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
49- Suda doğumda, anne doğumunu kontrol edebilme duygusunu hissettiği için, doğum sonu duygusal iyilik hali daha üst düzeyde olur.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
50-Suda doğum, annenin farklı pozisyonlarda hareket etmesine olanak vererek kaslarını gevşetir.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
51- Suda doğumda, su annenin gerginliğini arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
52- Suda doğumda, anneye herhangi bir medikal girişim uygulanmaz.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
53- Suda doğumda, kadın pasiftir, her şeyi sağlık personeli yapar.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
54- Suda doğum, kadınların kendilerine olan güveni arttırır.	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>

55- Suda doğumda, göbek kordonu doğumdan 3-5 dakika sonra kesilir.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
56- Suda doğumda, göbek kordonun geç kesilmesi ile bebek ani korku ve ayrılık şoku yaşamaz.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
57- Suda doğumda, bebek daha rahat doğar.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
58- Suda doğumda, bebekte enfeksiyon gelişme riski normal vajinal doğum ile aynıdır.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
59- Suda doğumda, bebeğin su yutma, akciğerlerine su kaçma, boğulma ihtimali yoktur.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
60- Suda doğumda, bebeğin sıvı ortamdan tekrar sıvıya geçmesi, beyin hücrelerinin zarar görmesini engeller.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
61- Suda doğumda, bebeğin göbek kordonunun kopma ihtimali vardır.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
62- Suda doğum, bebeğin doğumunda daha fazla travmaya/yaralanmaya sebep olur.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
63- Suda doğumda, anne adayının su içinde kan akışı arttığı için, bebek çok daha fazla oksijen alır.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
64- Suda doğumda, doğum sonrası bebekler daha huzursuz olurlar.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
65- Suda doğumda, doğum sonrası bebeğin emzirilmesi daha zordur.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
66- Suda doğumda, doğum havuzunda normal çeşme suyu kullanılır.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
67- Suda doğumda, havuz suyunun içerisine herhangi bir katkı maddesi atılmaz.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>
68- Suda doğuma, kadınların yanında eşlerinin de olması kadınları olumlu etkiler.	<b>EVET</b> <input type="checkbox"/>	<b>HAYIR</b> <input type="checkbox"/>	<b>BİLMİYORUM</b> <input type="checkbox"/>

## **EK-2: HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

### **GEBELERİN SUDA DOĞUMA İLİŞKİN BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Feyza REYHAN  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER

#### **Sevgili gebe,**

Çocuk sahibi olmak her kadının en doğal hakkıdır. Bu eşsiz duyguyu yaşamak için 40 haftalık heyecanlı, sancılı bir süreç sonrası deneyimlenecek doğum eylemini ne kadar keyifli, az ağrılı, rahat bir şekilde geçirirseniz hafızalarınızda o kadar güzel bir anı olarak yer edecektir.

Elinizdeki anket, ülkemizdeki gebe kadınların suda doğumu bilme durumlarını saptamak ve suda doğum hakkında bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Anket formunda size kişisel bilgileriniz, gebelik ile ilgili bilgileriniz ve suda doğuma ilişkin bilgilerinize yönelik sorular soracağız. Anket formunun doldurulması yaklaşık 25 dk alacaktır. Lütfen isminizi yazmayınız ve mümkün olduğunca içten cevaplayınız. Her bir soruyu eksiksiz olarak doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada, katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Araştırma boyunca bilgileriniz gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacaktır.

İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

## EK-3: ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BAŞKANLIĞI**

**Prof. Dr. Ömür SAYLIĞIL**  
(Başkan)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Uğur BİLGİ**  
(Başkan Yardımcısı)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Özlem ÖRSAL**  
(Raporör)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Selma DİNÇER ÖNER**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Biyostatistik Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Hüsnü ÖZDEN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Anestezi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Vural ŞAHİNTÜRK**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Aydın YENİLMEEZ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Üroloji Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLÜ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Ruhsal Sağlık ve Hastalıklar Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Kerem HARMANCI**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi Bilim Dalı

**Doç. Dr. Batu Can YAMAN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Diyetisyenlik Fakültesi  
Restoratif Diyet Tedavisi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Bekir YAŞAR**  
Genel Cerrahi Uzmanı

**Av. Önder CAN**  
Avukat

**Etik Kurul Sekreteriği**  
Aysun SERTTAS  
Makbule SARFÇİÇEK  
Tel: 0 222 239 25 79 / 4698

Sayı: 80558721/AG - 98  
Konu: Karar - Arş.Gör.Dr.Feyza REYHAN

28 Haziran 2015  
Mühür No: Z

**Sayın; Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER**  
**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı**

Sorumlu Araştırmacı olduğunuz *"Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi"* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.



**Prof. Dr. Ömür SAYLIĞIL**  
Etik Kurul Başkanı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

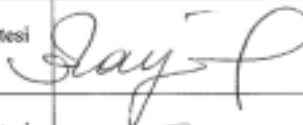





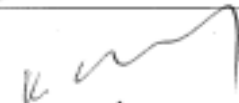

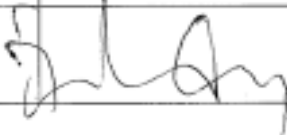
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**  
**KARAR FORMU**

<b>Başvuru Tarihi:</b> 30.11.2015	<b>Çalışmanın Başlığı:</b> Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi <b>Çalışmacılar:</b> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı – Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Arş.Gör.Feyza REYHAN (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
<b>Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi:</b> 29.12.2015	<b>Sonuç:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aydınlatılmış Onam Formu yeniden düzeltilmelidir. "Sayın gebeler" çoğul hitap olarak değerlendirilir. Oysa gönüllü katılımcılara "Sayın ....." olarak tekil bir hitapla başlamak uygun olacaktır.</li><li>2. Araştırma için kullanılacak veri toplama formu ile forma ekli gönderilen "III Suda doğum ile ilgili bilgiler" başlığını taşıyan küçük bir yönerge altında sıralanan ifadelerin yer aldığı metnin kim tarafından hazırlanmış olduğu açıklığı kavuşturulmalıdır.</li><li>3. Çalışmanın yapılabilmesi için kurum izinlerinin ESOGÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.</li></ol>
<b>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi:</b> 24.03.2016	<b>Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER'in yazısı</b> "Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi" başlıklı proje ile ilgili 29 Aralık 2015 tarihli ve 80558721/G-101 sayılı etik kurul kararına istinaden konuyla ilgili düzenlemeler şu şekilde yapılmıştır; <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aydınlatılmış Onam Formu yeniden düzenlenmiştir. "Sayın gebeler" çoğul hitap ifadesi yerine "Sayın gebe" tekil hitap ifadesi kullanılmıştır.</li><li>2. Araştırma için kullanılacak veri toplama formunda "III- Suda Doğum İle İlgili Bilgiler" başlıklı bölüm, gerekli literatür taramaları ve incelemeleri yapıldıktan sonra ekte verilen araştırmanın amacına uygun literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. (EK-2)</li><li>3. Çalışmanın yapılacağı kurumlardan resmi izinler alınmış olup onay yazıları ekte verilmiştir. (EK-3)</li></ol> <p>Çalışmanın yukarıda belirtilen gerekli düzeltmeler doğrultusunda tekrar incelenerek onayının alınabilmesi hususunda, Gereğini arz ederim.</p>



<b>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</b> 18.04.2016	<b>Sonuç:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Araştırma süresince hasta haklarına uyum zorunludur.</li><li>2. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken tedbirler alınmalıdır.</li><li>3. Araştırmada kayıtların gizliliği esastır.</li><li>4. Helsinki Bildirgesi 2013'e göre "araştırmacı katılımcı kişilerin özel yaşamını ve kişisel bilgilerin gizliliğini korumak için her türlü önlemi almak zorundadır.</li><li>5. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesi (2013) ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzunun son versiyonunu imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.</li><li>6. Araştırmacıların yetkin ve bu çalışma için yetkili oldukları anlaşılmaktadır.</li></ol>
<b>Karar Tarihi:</b> 18.04.2016 <b>Karar No:</b> 02	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) ve Arş.Gör.Feyza REYHAN (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütülen " <i>Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi</i> " başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

	Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1	Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2	Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3	Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raporör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4	Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı	
5	Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6	Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7	Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öroloji Anabilim Dalı	
8	Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9	Prof. Dr. Koray HARMANCI	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi Bilim Dalı	
10	Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11	Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12	Av. Önder CAN	Hukuk	

**EK-4: ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA  
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM  
ANABİLİM DALI'NDAN ALINAN ÇALIŞMA İZİNİ**



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 31568761 – 804.01-314-5562  
KONU : Anket İzni

ESKİŞEHİR

03. ARALIK 2015

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İlgi: 19.11.2015 tarih ve 95063351-300-783 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile bildirilen Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Feyza REYHAN'ın "Gebelerin Soda Doğuma İlişkin Bilgi Ve Düşüncelerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapma talebi gönüllülük esaslı katılım koşuluyla uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ve rica ederim.

  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Ebelik Anabilim Dalı  
Eskişehir

ESKİŞEHİR  
03.12.2015  
REYHAN

# EK-5: TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ'NDEN ALINAN ÇALIŞMA İZNI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 84987131/663.08  
Konu : Araştırma İzni/Feyza REYHAN

## ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNE

İli: ESOGÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 27/01/2016 tarihli ve 300-83 sayılı yazısı.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Feyza REYHAN' ın Eskişehir Devlet Hastanesinde yapmak istediği "Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Döğümlerinin Belirlenmesi" konulu araştırmasına ait anket çalışması talebi Genel Sekreterliğimizin ilgili komisyonunda değerlendirilmiş olup, çalışmanın gizlilik ve gönüllülük esasınca yapılması, sağlık tesisinin esas faaliyetini aksatmayacak biçimde yürütülmesi, araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma uygulanması esnasında oluşabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması koşullarıyla çalışmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.

Gereği ile bilgilerinize rica ederim.

Dr. Erdiñ ÖZKURT  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

### EKLER:

- 1-Komisyon Kararı
- 2-Fiziki Zararları Karşılama Taahhüdü Formu
- 3-Anket Formu (5 sayfa)

DAĞITIM: Sn.Feyza REYHAN (Ek-1 kuralda)

Bu evrakın 5073 Sayılı Bilgi Verme Kanunu ile İlgili Kanun Hükmünde Kararname ile  
Bilgi Verme Kanunu ile İlgili Kanun Hükmünde Kararname ile  
Bilgi Verme Kanunu ile İlgili Kanun Hükmünde Kararname ile  
Bilgi Verme Kanunu ile İlgili Kanun Hükmünde Kararname ile

14 Mart 2016

Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Cad. No: 37 Osmangazi, ESKİŞEHİR  
Ayrıntılı bilgi için lütfen: Uzm. Seher KAYA Telefon: (0322) 3380012-42 (104) Fax: 0 (222) 3351542-1557  
E-posta: seher.kaya@sağlık.gov.tr

Bu evrakın elektronik imzalı suretiyle <http://e-bulgusaglik.gov.tr> adresinden 4484000-9070-442-9449-5075234-750 kodu ile erişilebilir.  
Ba belge 5870 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

	<b>ESKİŞEHİR KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU</b>	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Feyza REYHAN
Kurumu / Üniversitesi	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebebek Anabilim Dalı
Araştırma Yapılacak İller	Eskişehir
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Eskişehir Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu	"Gebelerin Soda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi"
Üniversite / Kurum Talebi	(X)Var / ( ) Yok
Etik Kurul Kararı	(X)Var (ESOGÜ Sağlık Bilimleri Enst.Yönetim Kurulu Kararı)
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Örneklemi	Gebeler
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Ocak 2016-Temmuz 2016
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
<p>Araştırmanın gizlilik ve gösnelitilik esasınca yapılması, sağlık tesisinin esas faaliyetini aksatmayacak biçimde yürütülmesi, araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması koşullarıyla çalışmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.</p>	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

11.03/2016

**KOMİSYON**  
  
**Komisyon Başkanı**  
 Uzm. Dr. Çetin AVCI  
 Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye  
 Dr. Erdiñ ÖZKURT  
 İdari Hizmetler Başkanı



Üye  
  
**Seha KAYA**  
 Uzman

Üye  
 Doç. Dr. Nurullah UÇKUN  
 Mali Hizmetler-Başkanı



## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Feyza REYHAN  
Doğum tarihi ve yeri : 20.03.1991 / Kütahya  
Uyruğu : T.C  
Medeni durumu : Evli  
İletişim adresleri : fyz.aktas@gmail.com

### Eğitim Durumu

Lisans: Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü – 2013  
Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ebelik Yüksek Lisans Programı - 2016

**Yabancı Dil:** İngilizce

### Mesleki Deneyim

Kütahya Dumlupınar Üniversitesi-Araştırma Görevlisi / 2013-2014  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi-Araştırma Görevlisi / 2014-Halen

### Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler

Türk Ebeler Derneği

### Katılan Kurslar

- Türk Ebeler Derneği tarafından düzenlenen Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursu, 5-6-7 Aralık 2014, Eskişehir.

### Bilimsel Toplantılara Katılımlar

- Zekai Tahir Burak Doğum Sempozyumu, 4 Nisan 2015, Ankara.
- 6. Ulusal & 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi, 27-30 Nisan 2015, İstanbul.

### Etkinlikler

- Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, 5 Mayıs Ebeler Günü Etkinliği Düzenleme Komitesi Görevi

### Yayınlar

- **Reyhan F.**, Hamlacı Y, Kabakçı E, Sayiner F.D ve Özerdoğan N, Ebelik Bölümü 1 ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenmeye İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 6. Ulusal & 2. Uluslar arası Ebelik Öğrencileri Kongresi, 27-30 Nisan, İstanbul (Sözel Bildiri).

- Bülez A, Hamlacı Y, **Reyhan F**, Kabakçı E ve Sayiner F.D, Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğum Metodlarından Hypnobirthing Felsefesine Yönelik Bilgi ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi, 6. Ulusal & 2. Uluslar arası Ebelik Öğrencileri Kongresi, 27-30 Nisan, İstanbul (Sözel Bildiri).
- Bülez, A., Hamlacı, Y., Kabakçı, E. N., **Reyhan, F.**, Sayiner, F. D. The Evaluation of Department of Midwifery Students' Information and Thought About Philosophy of Hypnobirthing, One of The Natural Birth Methods. 2nd ICM Southern European Region Conference. Tarragona, Spain, May 26-28, 2016 (Poster).