T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

DOĞUM UYGULAMALARI ALGILAMA ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

ZEYNEP BAROL

DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLÇİN BOZKURT

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2021

Doki.iman No	ilk Yaym Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1/1

Bu <;ah ma 28.09.2021 Tarihinde a ag1daki jilri tarafmdan

Ebelik Anabilim Dali, Ebelik Doktora Program1 Doktora Tezi olarak kabul edilmi tir.

TEZ JURiSi

Prof. Dr. Gülçin BOZKURT
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

B

Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Univer; tesi-Cerrahpa a

Prof. Dr. Saadet YAZICI

Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Neriman ZENGİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Zeynep BAROL

(İmza)

İTHAF

Anneme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın ve doktora eğitimimin her aşamasında desteğini, yardımını ve bilgilerini esirgemeyen, her zaman beni yüreklendiren, zamanını, dikkatini ve ilgisini bana verdiğini canı gönülden hissettiğim, bu süreçte anlayışıyla yanımda olan çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof.Dr. Gülçin BOZKURT'a,

Tez çalışmam boyunca önerileri katkıları ve destekleriyle her aşamada bana destek olan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ'a,

Lisans eğitiminden doktora eğitimime kadar her aşamada bilgilerini, zamanlarını, emeklerini, desteklerini esirgemeyen Ebelik Bölüm Başkanı değerli hocam Sayın Prof. Dr. Gülümser DOLGUN'a ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki tüm hocalarıma,

İstatistiksel analiz aşamasında desteğini esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Emre Dünder'e,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında yardımları ve destekleri için, Araştırmanın yürütüldüğü SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın-2 servisinin tüm çalışan ebe ve hemşirelerine,

Bu süreçte manevi desteği ile yanımda olan değerli arkadaşım Arş. Gör. Tuba KIZILKAYA KARAASLAN'a ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemedikleri ve her zaman yanımda olduklarını hissettirdikleri için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve öğretim elemanlarına,

Manevi desteklerini hep hissettiğim arkadaşlarım Ebe Ayşenur Merve BİRİNCİ OZAN ve Ar. Gör. Dr. Zeynep ÖZDEMİR'e,

Ve her zaman yanımda olan beni destekleyen, en zor zamanımda yanımda olan canım anneme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİİ
ÖZET XV
ABSTRACT ..... XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Doğumda Yapılan Uygulamalar ve Doğum Deneyimi 4
2.2. Doğumun Birinci Evresinde Yapılan Uygulamalar 5
2.2.1. Hastaneye Yatış- Doğumhaneye Kabul 5
2.2.2. Travay ve Doğum Sürecinde Refakat 6
2.2.3. Doğum Sırasında Oral Sıvı ve Gıda Alımının Kısıtlanması 7
2.2.4. Doğumun İlk Evresinde Hareketi Sağlama ve Pozisyon Verme 7
2.2.5. Rutin İndüksiyon Uygulaması 8
2.2.6. Ağrı Yönetimi İçin Gevşeme Teknikleri 8
2.2.7. Doğumda Sürekli Elektronik Fetal Monitorizasyon Kullanımı 10
2.2.8. Vajınal Tuşe Sıklığı 11
2.3. Doğumun İkinci Evresinde Yapılan Kanıta Dayalı Uygulamalar 11
2.3.1. Amniyotomi Uygulaması 11
2.3.2. Doğum Pozisyonu 12
2.3.3. Normal Doğumda Rutin Epizyotomi Uygulaması 13
2.3.4. Ikınmanın Yönetimi 14
2.3.5. Fundal Basınç- Kristeller Manevrası Uygulama 14
2.4. Travay ve Doğum Sürecinde Bakım 15
2.4.1. Sürekli Ebelik Bakımı 15
2.4.2. Özenli, Saygılı Bakım 15

2.4.3. Etkili İletişim 17
2.5. Doğum Uygulamaları Algısı 18
2.5.1. Doğum Uygulamaları Algısını Etkileyen Faktörler 19
2.6. Doğum Deneyimini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler 20
2.6.1. Optimalite İndeksi- Türkiye (Oİ-TR) 20
2.6.2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği 20
2.6.3. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği 20
2.6.4. Doğum Deneyimi Ölçeği 21
2.6.5. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği 21
2.6.6. Doğumda Algılanan Destek ve Kontrol Ölçeği 21
2.6.7. Doğum Konforu Ölçeği 21
2.6.8. Doğum Tatmin Ölçeği 21
2.6.9. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği 22
2.7. Doğuma Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarda Ebenin Rolü 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 24
3.1. Araştırmanın Amacı 24
3.2. Araştırmanın Türü 24
3.3. Araştırma Soruları 24
3.3.1. Bağımlı Değişkenler 24
3.3.2. Bağımsız Değişkenler 24
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 25
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 25
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 27
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 27
3.7.1. Anne Tanıtım Formu 27
3.7.2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği 27
3.7.3. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Taslağı 28
3.8. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Geliştirme Basamakları 28
3.8.1. Madde Havuzunun Oluşturulması 28
3.8.2. Kapsam Geçerliliği 29
3.8.3. Pilot Uygulama 30
3.8.4. Yapı Geçerliliği 30
3.8.5. Ölçüt Geçerliliği (Eşdeğer /Paralel Formlar) 30

3.8.6.Güvenirlik Analizleri 31
3.9. Verilerin Toplanması 31
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 32
3.11. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri 34
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 34
3.13. Araştırmanın Yürütülmesinde YaşananGüçlükler 35
4. BULGULAR 36
4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular 37
4.2. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması İle İlgili Bulgular 39
4.2.1. Madde Havuzunun Oluşturulması 39
4.2.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulgular 40
4.2.3. Pilot Uygulamaya İlişkin Bulgular 45
4.2.4. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular 45
4.2.4.1. Açımlayıcı Faktör Analizi 46
4.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi 48
4.2.5. Ölçüt Geçerliliğine (Eşdeğer /Paralel Formlar) İlişkin Bulgular 50
4.2.6. Güvenirliğe İlişkin Bulgular 53
4.2.6.1. Madde Toplam Puan Korelasyonu 53
4.2.6.2. İç tutarlık (Cronbach Alfa Güvenirliği) 54
4.3. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği 56
4.4.Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Puan Ortalamaları İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 57
4.4.1. Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 57
4.4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklere Göre Doğum Uygulama Algılama Ölçeğinin Puanlarının Karşılaştırılması 63
5. TARTIŞMA 72
5.1. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 73
5.1.1. Geçerlilik 73
5.1.1.1. İçerik (Kapsam) Geçerliliği 75
5.1.1.2. Yapı Geçerliliği 76

5.1.1.3. Ölçüte Dayalı Geçerlilik 78
5.1.2. Güvenilirlik 79
5.1.2.1. Madde Toplam Puan Korelasyon 79
5.1.2.2. İç tutarlılık (Cronbach Alfa Güvenirliği) 79
5.2. Annelere Ait Değişkenler ile Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 82
6.1. Sonuçlar 82
6.2. Öneriler 82
KAYNAKLAR 84
EK 1: ANNE TANITIM FORMU 103
EK 2: DOĞUM MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞI 104
EK 3: DOĞUM UYGULAMALARINI ALGILAMA ÖLÇEĞİ TASLAĞI 105
EK 4: KAPSAM GEÇERLILIĞI IÇIN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR 106
EK 5: UZMAN GÖRÜŞÜ ALINMASI İÇİN GÖNDERİLEN FORM 107
EK 6: GÖRÜŞ ALINAN TÜRK DİLİ UZMANLARININ LİSTESİ 111
EK 7: ETİK KURUL KARARI 112
EK 8: KURUM İZNİ 113
EK 9: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 114
EK 10: DOĞUM MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ 115
EK 11:DOĞUM UYGULAMALARI ALGILAMA ÖLÇEĞİ 116
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 117
ÖZGEÇMİŞ 118

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler…….. 33
Tablo 4-1: Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular……... 37
Tablo 4-2: Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikleri……. 38
Tablo 4-3: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Taslağı Kapsam Geçerlilik Oranı 41
Tablo 4-4: Uzman Önerileri Doğrultusunda Yapılan Değişiklikler…… 44
Tablo 4-5: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi…..46
Tablo 4-6: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Faktör Sayısı Seçimine Yönelik Analiz……...46
Tablo 4-7: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğine Ait AFA Sonuçlarının Faktör Yükleri ve Komünalite Değerleri…… 47
Tablo 4-8: Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğinin Alt Boyutlarına Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi…….. 49
Tablo 4-9: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğine Ait DFA Sonuçlarının Uyum İstatistikleri…….. 50
Tablo 4-10: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği İle Doğum Memnuniyet Ölçeği Korelasyonu……. 51
Tablo 4-11: Madde-Toplam Puan Korelasyonları……... 53
Tablo 4-12: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği İç Tutarlılığı…….. 55
Tablo 4-13: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Madde ve Puanları……56
Tablo 4-14: Annelerin Yaş Gruplarına Göre Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 58
Tablo 4-15: Annelerin Medeni Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 59
Tablo 4-16: Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 60
Tablo 4-17: Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 61
Tablo 4-18: Annelerin Aile Tiplerine Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 61
Tablo 4-19: Annelerin Gelir Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……... 62

Tablo 4-20: Annelerin Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 63
Tablo 4-21: Annelerin Toplam Gebelik Sayısına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 64
Tablo 4-22: Annelerin Doğuma Hazırlık Eğitimine Katılma Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….. 65
Tablo 4-23: Annelerin Yaptırdığı Tanı Testine Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 66
Tablo 4-24: Annelerin Kontrol Sayısına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……... 66
Tablo 4-25: Annelerin Doğum Sırasında Vajinal Açıklık Boyutuna Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……. 67
Tablo 4-26: Annelerin Doğumdan Sonra Geçen Gün Sayısına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….. 68
Tablo 4-27: Annelerin Doğumda Hastanede Geçen Süreye Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……69
Tablo 4-28: Annelerin Beden Kitle İndeksine Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Farklı Örneklem Sayıları Için Güç Değerleri 26
Şekil 3.2: Araştırmanın Akışı Şeması 32
Şekil 4.1: Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği 48
Şekil 4.2: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği İle Alt Boyutları ve Doğum Memnuniyet Ölçeğine Yönelik Serpilme Diyagramı ve Histogram Grafikleri 52

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG : Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)

AFA : Açımlayıcı Faktör Analizi

AGFI : Düzeltilmiş Uyum Iyiliği Indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index)

BKI : Beden Kitle İndeksi

CFI : Karşılaştırmalı Uyum Indeksi (Comparative Fit Index)

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

DMÖ : Doğum Memnuniyet Ölçeği

DUAÖ : Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organızatıon-WHO)

EFM : Elektronik Fetal Monitarizasyon

GFI : Uyum Iyiliği Indeksi (Goodness Of Fit Index)

ICM : Uluslararası Ebeler Konfedarsayonu (International Confederation of Midwives)

KGİ : Kapsam Geçerlik İndeksi

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin

NICE : Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)

NNFI : Normlaştırılmamış Uyum Indeksi (NON-Normed Fit Index)

RCOG: Obstetrik ve Jinekoloji Kraliyet Okulu **(**Royal College of Obstetrics and Gynecology

RCM : Ebelik Kraliyet Okulu (The Royal Collage of Midwives)

RFI : Göreli Uyum İndeksi (Relative Fit Index)

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)

SS : Standart Sapma

SRMR : Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (Standardized Root Mean Sqaure Residual)

STZ-Beta: Standardize Beta Katsayıları

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatiksel Kurumu

ÖZET

Barol, Z. (2021). Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD Doktora Tezi, İstanbul.

Metadolojik tipteki araştırmanın amacı, kadınların doğumda yapılan uygulamalara yönelik algılarını değerlendirecek "Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği'ni" geliştirmektir. Araştırma, Türkiye'de bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nin, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, doğum sonu servisinde, Kasım 2019-Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini doğum yapan 381 lohusa kadın oluşturdu. Veriler, Anne Tanıtım Formu, Doğum Memnuniyeti Ölçeği ve Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) taslağı kullanılarak toplandı. Ölçek geliştirme sürecinde literatür tarama, madde havuzunun oluşturulması, içerik ve kapsam geçerliliği çalışması, ölçek taslağının uygulanması ve geçerlik güvenirlik analizleri yapılması aşamaları izlendi. İstatistiksel analizler için R project yazılımı kullanıldı.Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği taslağı kapsam geçerliliği indeksi 0,86 olarak oldukça iyi bulundu. Madde-toplam puanları ve alt boyut-toplam puan skorları anlamlı korelasyon gösterdi. Eşzaman geçerliğinde, Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği taslağı ile Doğum Memnuniyeti Ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,001$). DUA ölçeği için Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,87 ve örneklemin faktör analizi için yeterli olarak bulundu. Ölçeklerde yapı geçerliligi faktör analizi ile değerlendirildi ve yapının iki alt boyutta (müdahaleler ve ekip yaklaşımı) toplandığı belirlendi. DUAÖ ölçeği iç tutarlılığı Cronbach Alfa 0,69 (Müdahaleler 0,88, Ekip Yaklaşımı 0,91) yüksek bulundu. Sonuç olarak, Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği, annelerin doğum uygulamalarına yönelik algısının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Doğal doğum, güvenilirlik ve geçerlilik, psikolojik ölçekler, vajinal doğum

ABSTRACT

Barol, Z. (2021). Development of Birth Practices Perception Scale. Istanbul University-Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Midwifery Department. Doctoral Dissertation. Istanbul.

The purpose of the present study that had a methodological design was to develop the "Birth Practices Perception Scale" to evaluate perceptions of women on the practices performed during childbirth. The study was conducted in Turkey at an Training and Research Hospital, Gynecology and Obstetrics Clinic between November 2019-October 2020, the sampling of the study consisted of 381 puerperant women who gave birth. The data were collected by using the Maternal Identification Form, Birth Satisfaction Scale, and the draft form of the Birth Practices Perception Scale (BPPS). The steps of literature review, creation of the item pool, contents, and content validity, implementation of the draft scale, and validity and reliability analysis were followed during the scale development process. R project software was used for statistical analysis. The content validity of the Draft Birth Practices Perception Scale was found to be 0.86 quite good. The item-total scores and sub-dimension-total scores showed significant correlations. It was determined in synchronous validity that there were significant relations between the BPPS draft and the Birth Satisfaction Scale ($p<0.001$). It was determined for the DUA scale Kaiser-Meyer-Olkin coefficient 0.87 that the sampling was sufficient for factor analysis. The construct validity of the scales was evaluated with the factor analysis, and it was found that the construct was collected under two sub-dimensions (interventions and team approach). The internal consistency of the BPPS was found to be high as Cronbach's Alpha was 0.69 (interventions 0.88, team approach 0.91). As a conclusion, Birth Practices Perception Scale was proven to have good reliability and validity, and thus can be used to measure the perceptions of mothers towards birthing practices.

Keywords: Natural childbirth, reproducibility of results, psychological scales, vaginal birth

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eylemi, bir kadının anatomik ve fizyolojik yapısına uygun olarak ilerleyen doğal bir süreçtir (Odent 2008). Her doğum kadın ve aile için eşsiz bir deneyimdir (Rathfisch 2012; WHO 2018). Bu sürecin doğal seyrinde ilerlemesi, anne ve yenidoğan sağlığının korunması için oldukça önemlidir (Yücel ve ark. 2015).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, anne ve yenidoğan sağlığı göstergeleri ve ölüm oranları ile değerlendirilmektedir (Şenoğlu ve Karaçam 2021). Sürdürebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılması önerilmektedir (Kıvanç ve ark. 2020; Şenoğlu ve Karaçam 2021). Doğum sırasında, prenatal dönemde, doğumdan sonraki ilk dakikalarda anne ve bebek ölümleri daha fazla görülmektedir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması/önlenmesi, yenidoğan bebeklerin yaşatılması için doğum eylemi iyi yönetilmelidir (Şenol ve ark. 2019).

Normal doğum kavramı uzun yıllar boyunca tartışılmış ancak halen evrensel bir "normal" algısı oluşmamıştır (WHO 2018). İçgüdüsel fizyolojik bir süreç olan doğum eyleminde; doğumu başlatmak, hızlandırmak, izlemek ve sonlandırmak amacıyla son yıllarda çok fazla tıbbi müdahaleler yapıldığı gözlenmektedir (Odent 2008; WHO 2018). Bu durumun yarattığı istenmeyen sonuçların biride sezaryen doğum oranlarının dramatik bir şekilde artmasıdır (Demirbaş ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının arttığını, tüm doğumların 1/5'nin sezayen ile olduğunu bildirmekte (Betrán ve ark. 2016) ve sezaryen doğum oranlarının %10-15 oranında olmasını önermektedir (WHO 2015). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Türkiye sezaryen oranı ile birinci sırada yer almaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre Türkiye'de sezaryen oranının %52 olduğu, sezaryen kararlarının %38'inin doğum eylemi başlamadan verildiği belirlenmiştir (TNSA 2019). Anne ve yenidoğan ölüm hızını azalması ile sezaryen oranlarının artması arasında bir ilişki olmadığı (TNSA 2019), sezaryen ve doğumda yapılan müdahalelerin artmasının anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Odent 2008; Henriksen ve ark. 2017; Başkaya ve Sayıner 2018).

Bir kadının bebeği ile buluştuğu ve özel olan doğum deneyimi kanıt temelli olmayan uygulamaların gereksiz şekilde uygulanması sonucunda gölgede kalmaktadır (WHO 2018). DSÖ 2018' de Pozitif Bir Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Rehber'ini yayınlamış intrapartum bakımda pozitif doğum deneyimi üzerine

odaklanmıştır (WHO 2018). Pozitif bir doğum deneyimi, kadının doğum sürecindeki başarı hissini artırarak annelik sürecine de olumlu katkıda bulunacak önemli bir durumdur (Waldenström 2003; Rijnders ve ark. 2008; WHO 2018). Buna karşın, olumsuz bir doğum deneyimi gelecekteki doğum deneyimlerini ve tercih edilen doğum yöntemini olumsuz yönde etkileyebilir (Waldenström 2003; Rijnders ve ark. 2008; WHO 2018). DSÖ (2018)'nün (WHO 2018) yanı sıra Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG 2019), Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence-NICE 2019) ve Uluslararası Ebeler Konfedarsayonu (International Confederation of Midwives-ICM 2017) gibi kuruluşların son zamanlarda yayınladığı rehberlerinde bu durumun önemi vurgulanmış ve doğumda yapılan uygulamalarda rutin müdahaleden kaçınarak bireysel bakıma odaklanmanın anne ve yenidoğan sağlığına olan önemine değinilmiştir.

Yapılan bir çalışma da doğum sırasında kadınlar tarafından genel olarak tıbbi müdahalelerin ve acının hatırlandığı belirtilmiştir (Waldenström 2003). Bu nedenle, olumsuz bir doğum deneyimi, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkilendirilebilir ve doğum sonrası depresyon, bir sonraki hamilelik için sezaryen ve dünyaya başka bir çocuğu getirme olasılığının azaltılması gibi gelecekteki bazı sorunlara neden olabilmektedir (Waldenström ve ark. 2004; Uysal 2017). Türkiye'de hamile kadınlar üzerinde yapılan prospektif bir çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili en önemli değişkenlerin negatif doğum deneyimi, doğum korkusu ve kötü postnatal adaptasyon olduğu belirlenmiştir (İsbir ve ark. 2016).

Uluslararası kuruluşlar tarafından yayınlanan rehberlerde sezaryen oranlarının artmasında, kanıta dayalı olmayan uygulamaların, doğum yapan tüm kadınlara rutin olarak kullanılmasının etkisi olduğuna dikkat çekmektedir (Çalik ve ark. 2018).

Bu uygulamaların vajinal doğumda kadınların negatif doğum deneyimi yaşamasına neden olduğunu ileri süren pek çok çalışma yapılmıştır (Waldenström 2007; Aksoy ve ark. 2020). Ancak, DSÖ 2018 Rehberi'inde vurguladığı gibi doğum yapan kadınlar arasında pozitif doğum deneyimi yaşamak konusunda artan bir talep vardır (WHO 2018). Bu talep doğrultusunda kadınların doğumda yapılan uygulamaları nasıl algıladığı konusu önem kazanmaktadır. Bu bakımdan, kadınların doğum uygulamalarına yönelik algı düzeylerini etkili ve güvenilir tarama yöntemleri kullanarak belirlemek ve bu

algılara göre bakımlarını planlamak sağlık hizmetlerinin daha iyi olmasına katkıda bulunacaktır (Hauck ve ark. 2007; Coşar ve Demirci 2012). Literatürde doğum deneyimini ölçen çok sayıda ölçek olmakla birlikte, özellikle doğumda yapılan müdahalelerın kadınlar tarafından nasıl algıladığını ölçen bir araca rastlanmamıştır. Bu çalışmanını amacı, "DSÖ (2018) İntrapartum Bakım Modelinine temellendirerek hazırlanmış, doğumda yapılan uygulamaların kadın tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkaracak geçerli ve güvenilir bir araç (Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği) geliştirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

Doğum eylemi, kadının anatomik ve fizyolojik yapısına uygun olarak ilerleyen doğal bir süreçtir (Odent 2008). Doğum belli bir sonuca ulaşmak için gidilmesi gereken yol olmaktan ziyade, beden ve ruhun uyum içinde iç güdüsel olarak bebekle bütünleştiği ve ayrıldığı bir tören olarak tanımlanmaktadır (Pam ve ark. 2011). Her kadın ve bebeği için doğum biricik ve eşsiz bir deneyimdir (Anık ve ark. 2017; Pam ve ark. 2011; WHO 2018). Bu sürecin doğal seyrinde ilerlemesi, anne ve yenidoğan sağlığının korunması için oldukça önemlidir (Yücel ve ark. 2015).

2.1. Doğumda Yapılan Uygulamalar ve Doğum Deneyimi

Doğal sürecin bozulması kadının doğum deneyimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Odent doğumun sinir sisteminin güvende olması için neokorteksin aşırı uyarılmaması gerektiğine dikkat çekmektedir (Odent 2008). Dış uyaran arttıkça neokorteks uyarılmakta ve doğumun işleyişindeki doğal süreç bozulmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (2018) dünya çapında her yıl meydana gelen 140 milyon doğumun komplikasyonsuz bir şekilde tamamlandığını bildirmektedir (WHO 2018). Kadın ve bebek sağlığı açısından ciddi bir risk olmadıkça doğumda yapılan müdahalelerden kaçınılmalıdır (Erenel ve Çiçek 2018; Çalik ve ark. 2018). Doğumda yapılan müdahalelerın artması sezaryen doğumların artmasına neden olmaktadır (Çalık ve ark. 2018). Ülkemizde her iki kadından biri sezaryen ile doğum yapmaktadır. Türkiye dünyada en fazla sezaryen oranına sahip ülkedir (Demirbaş ve ark. 2018; TNSA 2019). Sezaryen kararı ve doğum eylemi boyunca yapılan rütin müdahaleler, kadının içgüdülerine güvenmesini ve doğumu pozitif bir deneyim olarak algılanmasını engellenmektedir.

Kadın ve insan hakları temelli yaklaşımda, pozitif doğum deneyiminin, kadının, bebeğin ve ailenin, dolayısıyla toplum yaşamında bütüncül iyileştirici bir etkisi olduğu vurgulamaktadır (WHO 2018). 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden biri kadınların karar alma mekanizmalarına katılımını desteklemektir. (Kıvanç ve ark. 2020) Ayrıca doğumun doğal seyrini bozmadan, düşük riskli kişilerde fazla müdahaleden kaçınarak pozitif bir doğum deneyimi yaşatılmasının önemine dikkat çekilmektedir (Odent 2008; Çalik ve ark. 2018; Dilcen ve Genç 2019).

Fizyolojik bir süreç olan doğumda yapılan rutin müdahalelerin anne ve bebek üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır (Odent 2008; Çalik ve ark. 2018; Dilcen ve Genç 2019). Doğumda yapılan rutin müdahalelerin olumsuz etkileri; fiziksel olarak yapılan girişimlerin komplikasyonları (enfeksiyon, doku trammaları vb), post tramvatik stres bozukluğu, tramvatik doğum algısı, doğum sonu depresyon, anne bebek bağlanmasının kesintiye uğraması veya buna sekonder anne ve bebekte yaşanan psikolojik sorunlar şeklinde sayılmaktadır (Brown ve Jordan 2013; Henriksen ve ark. 2017; Aksoy ve ark. 2020).

Anne, çocuk ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için pozitif doğum deneyimini desteklemek önemlidir (WHO 2018). DSÖ'nün (2018) doğum uygulamalarının kanıta dayalı literatüre dayandırılması ve değerlendirmesi gerektiğine dikkat çekmektedir (WHO 2018). Bu bölümde doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan rutin uygulamalar kanıta dayalı güncel literatür eşliğinde incelenerek sistematik bir şekilde sunulmuştur.

2.2. Doğumun Birinci Evresinde Yapılan Uygulamalar

Bu bölümde; hastaneye yatış ve doğumhaneye kabul zamanı, travay ve doğum sürecinde refakatçi alınması, doğumda oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanması, doğumun birinci evresinde hareketi sağlama ve pozisyon vermede müdahaleler, rutin indüksiyon uygulaması, ağrı yönetimi, doğumda sürekli elektronik fetal monitorizasyon kullanma, vajinal tuşe sıklığı, amniyotomi, doğum pozisyonu, rutin epizyotomi uygulaması, ıkınmanın yönetimi, fundal basınç uygulama gibi doğumda yapılan uygulamalara yer verilmiştir.

2.2.1. Hastaneye Yatış- Doğumhaneye Kabul

Kadınların doğum eylemi başlamamadan doğum kliniklerine erken başvurmasının sezaryen doğum artışı ve tıbbi müdahale riskleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bailit ve ark. 2005; Neal ve ark. 2014; Paul ve ark. 2017; Williams ve ark. 2020). Bailit ve ark. (2005), aktif (n:6.121) ve latent (n:2.697) fazda doğumhaneye kabul edilen gebelerin doğum sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmalarında, doğumhaneye latent fazda kabul edilen gebelerin, aktif fazda kabul edilenlere göre daha fazla sezaryen doğum yaptığı, daha fazla oksitosin kullandığı ve hekim müdahalesi olduğu belirlenmiştir (Bailit ve ark. 2005). DSÖ (2018) İntrapartum Bakım Rehberi'nde, gebeler doğumhaneye aktif

fazda kabul edildiğinde, maliyetin ve doğuma yapılan müdahalelerin; sezaryen, indüksiyon, epizyotomi, sekonder müdahalelerin vb. azalcağını belirtmekte ve doğumhaneye kabulün aktif fazda olmasını önermektedir (WHO 2018).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir çalışmada, servikal dilatasyonu 6 santimden az iken doğumhaneye kabul edilen kadınların endişelerini gidermek, gevşemelerini kolaylaştırmak ve doğum ekibinin iş birliği yapması amacıyla nonfarmakolojik tekniklerin kullanılabileceği bir salon oluşturulmuştur. Bu salonda; nefes teknikleri posteri, yönlendirmeli metitasyon kasetleri için televizyon, yoga matı, pilates topu, rebozo gibi yardımcı ekipmanlarla kadınlar desteklenmiştir. Bu girişimlerin maliyet açısından etkin olduğu ve doğum sürecini olumlu etkilediği belitmiştir (Paul ve ark. 2017). Hangi fazda kabul edilirse edilsin doğumhanede geçen sürecin doğumu etkilediği akıldan çıkarılmamalı ve olumlu bir doğum algısı için doğum süreci iyi yönetilmelidir.

2.2.2. Travay ve Doğum Sürecinde Refakat

İntrapartum Bakım Rehberi'nde tüm gebe kadınların doğumun başlamasından itibaren tüm süreçlerde yanında destek olacak bir yakınını kendisine destek olması amacıyla tercih etmesine olanak sağlanması önerilmektedir (WHO 2018). Doğum süresince birçok kadına eş, arkadaş, aile üyesi vb. eşlik etmek istemektedir. Araştırmalar doğumda refakatçisi olan kadınların sağlık sonuçlarının daha iyi olduğunu göstermektedir (WHO 2018). Kadının doğum ağrısını yaşarken yalnız olmasının doğum korkusunu artırdığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Fenwick ve ark. 2015).

Bohren ve ark tarafından (2019) yapılan, 51 nitel çalışmaların dahil edildiği bir meta analizde, doğumda bilgilendirilen refakatçilerin, sağlık çalışanları ile kadınlar arasındaki iletişim boşluklarını doldurduğu, farmakolojik olmayan yöntemler ile ağrıların giderilmesi ve doğum algısının kadın için pozitif etkilediği belirlenmiştir (Bohren ve ark. 2019). Kadınların doğum deneyimlerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda, doğum süresince eş veya yakınının olmasının, doğum deneyiminin pozitif etkilediği saptanmıştır (Nilsson ve ark. 2013; Henriksen ve ark. 2017; Hosseini ve ark. 2020; Ngai ve Xiao 2021). Doğum öncesi ve doğum sırasında ki rutin uygulamaların incelendiği, 12 farklı ülkeden 22,800 katılımcının dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında, doğumda eğitimli refakatçi desteğinin annenin doğum deneyimini olumlu etkilediği bulunmuştur (Taheri ve ark. 2018).

2.2.3. Doğum Sırasında Oral Sıvı ve Gıda Alımının Kısıtlanması

Doğum eylemi başladığında, düşük riskli gebenin aldığı sıvı ve yiyecekleri kısıtlamak, yalnız yudum yudum su veya buz parçası verilmesi halen yaygın uygulanmaktadır (Singata ve ark. 2013; Kobayashi ve ark. 2017; Huang ve ark. 2020). Düşük riskli gebelerin oral alımının kısıtlamasına ilişkin görüşler farklıdır. ABD, İngiltere ve Çin'de % 50'den fazla oranda hastane oral alıma izin vermektedir (Huang ve ark. 2020).

Singata ve ark. (2013) düşük riskli kadınlarda doğum sırasında sıvı ve gıda alımını kısıtlamanın etkisine ilişkin kanıtların yetersiz olduğunu bildirmektedir (Singata ve ark. 2013). Oral alımı kısıtlanan ve kısıtlanmayan doğumların karşılaştırıldığı, 10 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği (n:3,982 kadının dahil edildiği) bir meta analizde, oral alımı kısıtlanmayan kadınların doğum süresinin daha kısa olduğu, kusma ve neonatal sonuçlar açısından fark olmadığı saptanmıştır (Ciardulli ve ark. 2017). Avusturalya'da doğum sürecinde oral alımın kısıtlanmasına yönelik ebelerin karar almasında ki önemli nedenleri belirlemek amacıyla yapılan nitel bir çalışmada, ebelerin bilgi ve inançları, çalışma ortamı ve gebelerin bakıma yönelik beklentilerinin etkili olduğu saptanmıştır (Richardson ve ark. 2019).

Doğum sürecindeki bilinmeyen durumlar ve gebenin müdahaleye ihtiyaç duyulabilme ihtimali ile oral alımı kısıtlanmaktadır (Rathfisch 2012). Oysa DSÖ düşük riskli gebelerde oral alımın kısıtlamasını önermemektedir (WHO 2018). Doğum sürecinde oral alımın kısıtlamasına bağlı olarak kadının yeterli enerji bulamaması kaygı, stres ve gerginliği artırmaktadır (Richardson ve ark. 2019; Tadaumi ve ark. 2020).

2.2.4. Doğumun İlk Evresinde Hareketi Sağlama ve Pozisyon Verme

Doğumun ilk evresinde hareket serbestliği ve dik pozisyonda kalma, yerçekiminin etkisiyle plasenta ve fetüse uterustan giden kan akımını artırması ve fetüsün pelvisden aşağı inmesine yardımcı olması, kadının içinden gelen hareketleri yaparak doğum süreciyle uyumlanması, ağrıyla baş etmesini kolaylaştırması ve hareket özgürlüğünün getirdiği rahatlama nedeniyle önerilmektedir (Johanson ve ark. 2002; Lawrence ve ark. 2013; ACOG 2019; Toberna ve ark. 2020). Ayrıca doğum süresince kadının istediği pozisyonu almasının kısıtlanması, kadına yönelik saygılı bakımın aksine, kötü muamele veya istismar olarak değerlendirilebilmektedir (Bohren ve ark. 2015; Watson ve Cooke,

2018). Pozitif bir doğum deneyimi için İntrapartum Bakım Rehberinde, travayda hareket serbestliği ve doğum pozisyonun seçilmesini önermektedir (WHO 2018).

Yirmi beş çalışmanın incelendiği, 5218 kadını kapsayan bir metaanalizde, doğumun ilk evresini, ayakta geçiren kadınların yatay pozisyonda geçiren kadınlara göre doğumun ikinci evresinin süresinde yaklaşık dört dakikalık bir azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca doğum eyleminin ilk aşamasında yürüme ve dik pozisyonların, sezaryenle doğum riskini ve epidural anestezi ihtiyacını azalttığı belirtilmiştir (Lawrence ve ark. 2013).

2.2.5. Rutin İndüksiyon Uygulaması

Doğumu hızlandırmak için indüksiyon uygulanması son zamanlarda giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır (Grobman ve ark. 2018). Brady ve ark tarafından ABD'de yapılan bir çalışmada, 1/4 oranında doğumunun başlaması için sentetik oksitosin kullanıldığı saptanmıştır (Brady ve ark. 2015). İngiltere'de doğumun başlatılması için indüksiyon kullanım oranın %20 olduğu belirtilmiştir. Sentetik oksitosinin yanısıra, doğumun başlatılmasında, vajinal prostaglandin E2 sık kullanılmaktadır (Ryan ve McCarthy 2019).

Doğumda indüksiyon uygulanlarda, spontan vajinal doğuma göre anne memnuniyetinin düştüğü, enstrümantal doğum ve sezaryen oranlarının arttığı belirtilmektedir (Ryan ve McCarthy 2019). Gebelerin doğum şekli tercihlerini ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (n= 189 gebe) büyük çoğunluğu (%72) spontan doğum yapmayı beklediği ve %30'unun indüksiyonla ilgili bilgi almadığı belirlenmiştir (Coates ve ark. 2020). İtalya'da intrapartum bakımda anne memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (n=277), doğumda indüksiyon uygulanmasının anne memnuniyetini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Fumagalli ve ark. 2021).

Pozitif bir doğum deneyimi için İntrapartum Bakım Rehberinde, servikal dilatasyon 5 cm'den daha az ise düşük riskli gebelerde rutin indüksiyon uygulanmasını önermemektedir (WHO 2018).

2.2.6. Ağrı Yönetimi İçin Gevşeme Teknikleri

Doğumda hissedilen ağrıların şiddeti, gerginlik, kaygı ve korkuyla ile birlikte artabilmektedir (Smith ve ark. 2018; Thomson ve ark. 2019). Son zamanlarda çalışmalar

gebelerin çoğunun, farmakolojik yöntemler ve epidural anestezi olmadan, içgüdüsel olarak doğum yapmak istediğini göstermektedir (Smith ve ark. 2018). Gebelerin farmakolojik ve non-farmakolojik tekniklere yaklaşımının değerlendirildiği, 58 makalenin sistematik bir şekilde incelendiğinde, farmakolojik yöntemlerin ağrıyı azalttığı, ancak olumsuz yan etkileri olduğu belirtilmiş ve farmakolojik olmayan yöntemlerin doğum ağrısını azaltmada ki etkileri çok açık olmamakla birlikte, doğumda sağlık profesyonelleri ile ilişki kurmayı kolaylaştırdığına dikkat çekilmektedir. Gebelerin kullanılan ağrı kesici yöntemlerin avantaj ve dezavantajları ile ilgili bilgiye ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (Thomson ve ark. 2019).

Doğumda ağrıyla baş etme ve gevşemeye yönelik birçok tamamlayıcı yöntem kullanılmaktadır (Smith ve ark. 2018). Bu yöntemler;gevşeme-zihinsel teknikler (biofeedback, hipnoz, akupunktur, akupress, hareket/pozisyon, odaklanma, müzik, yoga, dikkat dağıtma, hayal kurma), tensel teknikler (masaj, intradermal su enjeksiyonu), sinirsel uyarılma (yüzeysel soğuk sıcak uygulama, hidroterapi), solunum teknikleri (nefes çalışmaları, lamaze ve dick read teknikleri) olarak belirtilebilmektedir (Karabulutlu 2014; Smith ve ark. 2018). Gana da yapılan nitel bir çalışmada (n:17 kadın) doğum ağrısıyla ilgili görüşmeler yapılmış, doğum ağrılarını yönetmede benimsenen stratejiler; bağırmak, dolaşmak, ağlamak, çığlık atmak, sakin kalma, parmakları esnetme, derin nefes egzersizleri, akraba ve arkadaşlar ile konuşma, rahatlama, duş alma, yan yatma pozisyonları ve özgürce ses çıkarabilmek olarak belirtilmiştir (Konlan ve ark. 2021).

Non-farmakolojik yöntemleri birlikte uygulanmanın doğum ağrısı, doğum süresi ve farmakolojik yöntemlerin kullanımını azaltmaya etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, servikal açıklık 4-5 cm olduğunda İsviçre topuyla egzersiz, 5-6 cm de lumbosakral masaj, 7cm ve üzerinde ılık duş uygulanmış ve kontrol grubu rutin bakım almıştır. Bu çalışmda, analjezik kullanımı ve doğum ağrısının kontrol gurubuna göre daha az olduğu görülmüştür (Gallo ve ark. 2018).

Sağlıklı gebe kadınların ağrısının giderilmesi için DSÖ doğum sırasında, gebenin tercihlerine bağlı olarak, gevşeme teknikleri, nefes alma, müzik dinleme, bilinçli farkındalık çalışmaları ve diğer tekniklerin kullanılmasını önermektedir (WHO 2018).

2.2.7. Doğumda Sürekli Elektronik Fetal Monitorizasyon Kullanımı

Sürekli Elektronik Fetal Monitarizasyon (EFM), fetal kalp hızına ilişkin değişiklikleri ve bu değişikliklerin uterus kasılmaları ile zamansal ilişkisini kayden, bir kardiyotokografi işlemidir (Alfirevic ve ark. 2017). Sürekli EFM perinatal ölümler ve serebral palsinin azaltılması için aralıklı oskültasyon uygulamasına alternatif olarak kullanılmaktadır. Ancak sürekli EFM'nin düşük riskli gebelerde perinatal ölüm ve serebral palsi sonuçlarını önemli ölçüde etkilemediği bildirilmektedir. Riski düşük gebelikte (mekonyum boyanma, intrapartum kanama, anormal fetal test sonuçları vb. hariç), doğum sırasında fetal asidemi gelişmeyecek (konjenital anomaliler, intrauterin büyüme geriliği vb), anne sağlığı (diyabet, hipertansiyon vb) bebek sağlığını etkilemeyecek ve oksitosin indüksiyonu veya travayın hızlandırılmasında sürekli EFM kullanılması tartışmalıdır (Alfirevic ve ark. 2017; Mullins ve ark. 2017; Bewley ve Braillon 2018; Cypher 2018; Carter ve ark. 2020).

Düzenli aralıklı oskültasyon, doğumu destekleyen sağlık profesyonelleri tarafından, gebe ile temas kurularak, fetal hareketlerin kadının cildi ile temas edilerek anlaşılmasını, maternal kasılmaların anlamlandırmasını ve fiziksel parametrelerin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Düzenli aralıklı oskültasyonda fetal kalp sesleri ebe tarafından dinlenirken, annenin sürekli yatakta yatmasına gerek yoktur ve ebenin anneye her dokunuşunda oluşan ten temasının anneyi rahatlatığı belirtilmektedir Uluslararsı Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecologist and Obstetrics-FIGO) düşük riskli kadınlarda, sürekli EFM gerektiği durumlarda aralıklı oskültasyon kullanılabileceğini belirtmektedir (Lewis ve Downe 2015).

Doğumhaneye kabulde aralıklı oskültasyon ile sürekli EFM'nin anne ve bebek üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan, dört çalışmanın dahil edildiği (n:13.000 kadın) bir sistematik derlemede, doğum sırasında düşük riskli kadınların çok büyük bir çoğunluğuna sürekli EFM uygulandığını, bu durumun yararlı olduğuna dair kanıtların yetersiz olduğunu ve sürekli EFM uygulanan kadınlarda sezaryan riskinin %20 artığı saptanmıştır (Devane ve ark. 2017). İrlanda'da doğumhaneye kabulde sürekli EFM ile aralıklı oskültasyonun etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada (n=3034) düşük riskli kadınlarda iki yöntem arasında obstetrik ve neonanal açıdan bir fark olmadığı belirlenmiştir (Smith ve ark. 2019). Randominize kontrollü 13 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde sürekli EFM'nin sezaryen doğum ve girişimsel doğumun artışıyla ilişkili

olduğu saptamıştır (Alfirevic ve ark. 2017). ACOG doğumu destekleyenlerin, aralıklı oskültasyon ve sürekli EFM'nin kadını nasıl etkilediğini değerlendirmesi, kadının konforu ve hareket özgürlüğü nedeniyle kadının bireysel tercihlerine önem verilerek aralıklı oskültasyon uygulanmasını önermektedir (ACOG 2019).

2.2.8. Vajınal Tuşe Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü, vajinal tuşe sıklığının en az 4 saat ara ile olmasını önermektedir (WHO 2018). Ayrıca enfeksiyonu önlemek içinde en az 4 saat arayla vajinal muayene yapılması ve kanıt düzeyi düşük olmakla birlikte özellikle eğitim vb amaçla birden fazla sağlık profesyonelinin vajinal muayene yapmasından kaçınmasını güçlü bir şekilde önermektedir (WHO 2015). Vajinal muayenenin doğumun ilerlemesini değerlendirmek için önemli bir klinik değerlendirme aracı olmasına rağmen, standart bakımın bir parçası olarak çok sık yapıldığında gereksiz bir müdahale haline gelmektedir (Dixon ve Foureur 2010). Hollanda'da kadınların (n=159) vajinal muayene ile ilgili deneyimlerini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, doğumda kadınınların yaklaşık % 41,7'sinin kılavuzlarda önerilenden daha sık muayene edildiği saptanmışdır (De Klerk ve ark. 2018).

Kadınların doğum sırasında yapılan vajinal muayene ile ilgili deneyimlerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, vajinal muayene ile ilgili, ağrı, utanma ve korku gibi birçok olumsuz duygunun yaşandığı belirlenmiştir (Teskereci ve ark. 2020).

2.3. Doğumun İkinci Evresinde Yapılan Kanıta Dayalı Uygulamalar

Bu bölümde doğum eyleminin ikinci evresinde yapılan amniyotomi uygulaması, doğum pozisyonu, rutin epizyotomi uygulaması, ıkınma yönetimi, fundal basınç uygulaması ele alınmıştır.

2.3.1. Amniyotomi Uygulaması

Doğum eylemini hızlandırmak için amnion kesesinin yırtılarak amnion sıvısının boşaltılması doğumhanelerde sık yapılan uygulamalardır (Mahdy ve ark. 2020; Afrose ve ark. 2021). Yedi çalışmanın dahil edildiği sistematik bir derlemede (n:1775 kadın), doğumun aktif fazında yapılan amniyotomi işleminin, indüksiyonla birlikte uygulandığında doğum hızı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Kim ve ark. 2019). Oksitosinle birlikte amniyotomi uygulamasının maternal ve fetal morbidite ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan retrospektif kohort bir çalışmada (n:2081 kadın),

oksitosin başladıktan 8 saat sonra uygulanan gecikmiş amniyotominin sezaryen doğum ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Battarbee ve ark. 2020). Dünya Sağlık Örgütü ve ACOG Rehberlerinde normal olarak ilerleyen doğum eyleminde gerekmedikçe rutin amniyotomi yapılması önerilmemektedir (WHO 2018; ACOG 2019).

2.3.2. Doğum Pozisyonu

Doğum sırasında annenin pozisyonuna ilişkin gözlemsel araştırmalar, kadınların doğum sırasında kendiliğinden birçok farklı pozisyon aldığını bulmuştur. Doğum sırasında seçilen pozisyonlar arasında hangi pozisyonun diğerinden daha üstün olduğuna ilişkin yeterli kanıt bulunmamaktadır. ACOG doğumda kadına hiçbir pozisyonun zorunlu tutulmaması veya yasaklanması gerekmediğine dikkat çekmektedir (ACOG 2019). DSÖ, düşük risk altındaki kadınlarda doğum sırasında hareketli olmanın tercih edilmesi ve dik doğum pozisyonun desteklenmesini önermektedir (WHO 2018). Dik pozisyon, uterus kasılmalarının, fetal durumun iyileştirilmesi ve maternal konforun arttırılması amaçlanmaktadır. Araştırmalar doğumun 2. evresinde dik pozisyonun tercih edildiği doğumlarda, doğumun 2. evresinin kısaldığı gösterilmiştir (Berta ve ark. 2019). Doğumun 2. evresinde kullanılan pozisyonların doğum sonuçlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada (n=102), sağlıklı nullipar kadınlarda, tutunmak için bir bar kullanarak çömelme pozisyonu uygulayan kadınlar ile sırtüstü pozisyona geçen kadınlar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada doğumun 2. evresinde çömelme pozisyonu kullanan kadınlarda ikinci evre daha kısa, anne memnuniyetinin daha fazla olduğu ve oksitosin gereksinimlerinin daha az olduğu saptanmıştır (Moraloglu ve ark. 2017). Doğumda çömelmenin maternal ve fetal etkisinin incelendiği, 7 çalışmanın dahil edildiği meta analizde (n:1219 kadının), çömelme pozisyonun maternal ve fetal açıdan yararlarına dair bir kanıt olmadığı, ancak kadınların doğumda istedikleri pozisyonu seçmesi gerektiği belirtilmiştir (Dokmak ve ark. 2020). Doğum sırasında litotomi pozisyonunun olumsuz sonuçları ve perineal yaralanma riskini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada anne ve ebelerin (n=110) görüşleri alınmış, annelerin yarıdan fazlası litotomi pozisyonunun doğuma yardımcı olmadığını belirtmiştir (Diorgu ve ark. 2016).

İsviçrede yapılan bir çalışmada, tekil sponton doğum yapan kadınların (n:113279) 2. evre doğum pozisyonları ve anal sfinkter yaralanmaları arasındaki ilişki incelenmiş ve litotomi pozisyonu verilen kadınlarda anal sfinfter yaralanmalarının arttığı belirlenmiştir (Elvander ve ark. 2015). Maternal ve fetal sonuçlar açısından 30 çalışmanın dahil edildiği

(n:9015 kadının) metaanalizde, epidural anestezi uygulanmamış kadınlarda dik pozisyonların uygulanmasının epizyotomi ve müdahaleli doğum oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir (Gupta ve ark. 2017).

2.3.3. Normal Doğumda Rutin Epizyotomi Uygulaması

Epizyotomi uygulaması genellikle, perine yırtıklarının önlenmesi, anal sfinkter yaralanmasının önlenmesi, üriner ve fekal inkontinans ve disparonin önlenmesi amacıyla yapılmaktadır, ancak bu konuda yeterli somut kanıtlar bulunmamaktadır (Gün ve ark. 2016; Zilberman ve ark. 2018; Clesse ve ark. 2020; Pereira ve ark. 2020). Son yıllarda normal doğumda rutin epizyotominin sıklıkla uygulandığı bilinmektedir (ACOG 2016; Gebuza ve ark. 2018).

Rutin epizyotomi ile seçilerek yapılan epizyotominin karşılaştırıldığı 12 çalışmanın dahil edildiği (n:6177 kadın) meta analizde, enstrümantal doğum dışında rutin epizyotominin perine yırtıklarını önlediğine dair kanıta rastlanmamıştır (Jiang ve ark. 2017). Bununla birlikte bir sistematik derleme ve meta analizde seçici olarak yapılan epizyotomi ile hiç epizyotomi yapılmaması karşılaştırıldığında, perineal tramvayı önlemeye yönelik istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pereira ve ark. 2020). Epizyotomi ve perine yırtılması ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada (n:4493 kadın), epziyotominin fetüsün 3500 gr ve üzeri ağırlıkta olduğunda ve enstrümantal doğumlarda 3. ve 4. derece laserasyonları önlemede etkili olduğunu saptanmıştır (Gebuza ve ark. 2018).

Yasal sorumluluk açısıdan rutin epizyotomi ve seçilerek yapılan epizyotomi malpraktis davaları taranarak karşılaştırılmış, seçici epizyotominin ebe ve hekimlere yönelik yasal sorunlara neden olma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Zaami ve ark. 2019). Ürdün'de kadın doğum uzamanları ve ebelerin (n=112) epizyotomi hakkında bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Epizyotominin en çok 3. ve 4. derece perineal laserasyon riskini azaltmak için yapıldığı belirlenmiştir (Khresheh ve Barclay 2020).

ACOG rehberinde; travmanın pelvik doku, labiya, periklitoral, periüretral bölgeler ve perine dahil olmak üzere serviks, vajina ve vulvada meydana gelebileceğini ancak bu laserasyonların çoğunlukla fonksiyonel bir kayıpa neden olmayacağı belirtmektedir (ACOG 2016). ACOG seçici epizyotominin rutin epizyotomiye göre daha etkin olduğunu belirtmektedir (ACOG 2016). Uluslararası kuruluşlar Ulusal Sağlık ve

Bakım Enstitüsü (Natıonal Institute for Health and Care Excellence-NICE), Obstetrik ve Jinekoloji Kraliyet Okulu (Royal College of Obstetrics and Gynecology-RCOG), sağlıklı kadınlarda sponton doğumda epizyotominin rutin uygulanmamasını yalnızca müdahaleli doğum veya fetüsten kaynaklanan acil durumlarda ve klinik bir endikasyon olduğunda yapılmasını önermektedir (RCOG 2015; NICE 2017; WHO 2018).

2.3.4. Ikınmanın Yönetimi

Lee ve ark tarafından (2019) yapılan, spontan ıkınmanın, yönlendirilmiş ıkınma ile karşılaştırıldığı (n=10,000) bir çalışmada, yönlendirilmiş ıkınmanın ikinci evre süresini arttırdığı, neonatal olumsuz sonuçlar ve epizyotominin artması ile ilişkili olduğu saptanmış, kadınların içinden geldiği gibi ıkınması önerilmiştir (Lee ve ark. 2019). Koyuncu ve Demirci (2017) herhangi bir sözlü veya görsel talimat vermeden, iki saatlik sınır değeri aşmadan, fetal sağlığı gözeterek spontan ıkınma ile doğum yapabildiklerini saptamışdır (Koyucu ve Demirci 2017). ACOG (2019) yönlendirilmiş ıkınmanın spontan ıkınmadan üstün olduğuna dair sınırlı veriler dikkate alındığında, her kadının kendi tercih ettiği ve etkili bulduğu yöntemi seçmesini önermektedir (ACOG 2019). DSÖ doğumun
2. evresinde kadınların ıkınma dürtülerini takip etmeleri için cesaretlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO 2018). Valsalva ve spontan ıkınmanın maternal ve fetal etkilerini inceleyen 9 randomize kontrollü araştırmanın dahil edildiği bir çalışmada, her iki tekniğin perinatal ve fetal sonuçlar açısından benzer olduğu ve gebenin kendi istediği tekniği kullanabileceği belirtilmiştir (De Tayrac ve Letouzey 2016).

2.3.5. Fundal Basınç- Kristeller Manevrası Uygulama

Hofmery ve ark (2017) tarafından doğumun 2. evresinde fundal basınç uygulamasının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada (n=3057), el ile veya şişirilebilir kemer ile fundal basınç uygulamanın yarar veya zararlarına dair yeterli kanıt olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Hofmeyr ve ark. 2017). Yousuf ve ark (2019) ilk doğumda uygulanan kristeller manevrasının levator ani kasında avülosyon riskinde artış ile ilişkili olduğunu (Youssef ve ark. 2019), başka bir çalışmada kristeller manevrasının levator ani kasında ve anterior vajinal duvar desteğinin kaybı ile ilişkili olduğunu belirlenmiştir (Takmaz ve ark. 2020). Fundal basıncın pelvik taban üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada (n=522) fundal basınç uygulanan gurupta, mediolateral epizyotomi, disparoni ve perineal ağrı anlamlı derecede yüksek iken, üriner ve anal inkontinans, genital prolapsus ve pelvik taban kuvveti gruplar

arasında anlamlı farklılık göstermemektedir (Sartore ve ark. 2012). DSÖ doğumun 2. evresinde fundal basınç yapılmasını önermemektedir (WHO 2018).

2.4. Travay ve Doğum Sürecinde Bakım

Travay ve doğum sürecinde ki bakım, sürekli ebelik bakımı, özenli saygılı ebelik bakım ve etkili iletişim başlıklarında ele alınmıştır.

2.4.1. Sürekli Ebelik Bakımı

Düşük riskli gebe kadınlar için ebe liderliğindeki sürekli bakım yaklaşımının doğum sırasında müdahale riskini azaltığı ve kadınların doğum memnuniyetlerini artırdığı kanıtlanmıştır (Dharni ve ark. 2021). İngiltere ve Hollanda'da evde doğumlar ile doğum birimlerindeki doğumu karşılaştıran bir çalışmada, ebe liderliğindeki sürekli bakımın epizyotomi ve doğuma müdahaleleri azalttığı saptanmıştır (De Jonge ve ark. 2017). Kadınların sezaryeni tercih nedenleri ile ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada (n:1506), sezaryen oranının artmasında kadınların tercihinden ziyade, antenatal dönemde bakım veren ebe, hemşire ve hekimin doğum şekline ilişkin yaşadığı belirsizliğin etkili olduğunu vurgulanmıştır (Karlström ve ark. 2011). Ebelik bakımının sürekliliğinin incelendiği bir çalışmada, kadınlara gebelik ve doğum sürecinde ebe tarafından verilen sürekli bakımın güven verdiği belirlenmiştir (Fawsitt ve ark. 2017). İran'da yapılan bir çalışmada (n=15) kadınların ebelik bakımının sürekliliğine ilişkin algıları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların güçlendirilmesi ve doğumda anne memnuniyetini artırmak için sürekli ebelik bakım modelinin etkinliğine dikkat çekilmiştir (Shahinfar ve ark. 2021). Doğumda kadınların sürekli ebelik bakımına ilişkin yaklaşımlarını inceleyen 13 nitel çalışmanın sistematik derlemesinde, sürekli ebelik bakımının kadın ve ebe arasında kişiye özel bakım, güven ve güçlendirmeyi sağlayan bir araç olduğu belirlenmiştir (Perriman ve ark. 2018). DSÖ Pozitif Bir Doğum İçin İntrapartum Bakım Önerileri Rehberi'nde sürekli ebelik bakım modelini desteklemektedir (WHO 2018).

2.4.2. Özenli, Saygılı Bakım

Dünya Sağlık Örgütüne göre doğumda kadına saygılı bakım; kadınların mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan, özgürlüklerini destekleyen, her türlü istismarı önleyen, doğum süresince bilinçli seçim hakkını kullanmasına destek olan bakımdır (WHO 2018; Yıldız 2019).

Doğum sırasında saygısızlık ve istismar deneyimi, kadınları doğum öncesi bakım, doğum sonrası hizmetler, gelecekteki gebeliklerinde doğum yapmaktan alıkoyabilmektedir. Lanset de Afuluni ve ark. (2019) saygıyı değerlendirmek ve ölçmek kadar "hesap verebilirlik" kavramı üzerinde durmuş bu durumun önemine dikkat çekmiştir (Afulani ve ark. 2019). Shakibazadeh ve ark (2018), özenli ve saygılı annelik bakımının kapsamını şu şekilde ifade etmektedir;

- Zarar ve kötü muameleden kaçınma,
- Mahremiyet ve gizliliğin korunması,
- Kadınların haysiyetinin korunması,
- İleriye dönük bilgi sağlanması ve bilgilendirilmiş onam alınması,
- Aile ve toplum desteğine sürekli erişimin sağlanması,
- Fiziksel çevrenin ve kaynakların kalitesinin artırılması
- Eşit annelik bakımı sağlamak,
- Etkili iletişim kurmak,
- Kadınların doğum yapma yeteneklerini güçlendiren seçimlerine saygı duymak,
- Yetkin ve motive edilmiş insan kaynaklarının mevcudiyeti,
- Etkili ve verimli bakımın sağlanması,
- Bakımın sürekliliği,

Travmatik veya olumsuz doğum deneyimi olan kadınlarla yapılan araştırmalarda; korku, acı, şefkat, ilgi, duyarlılık ve bilgi ihtiyacı sıklıkla belirlenen ortak temalardır (Rodríguez-Almagro ve ark. 2019). Özenli ve saygılı bir bakım almadığında kadınlar, vücutlarına herkesin dokunabileceği basit bir nesneymiş gibi bir muamele görme, doğum süreci boyunca çoklu vajinal muayenelere tabi olma, aşırı derecede stresli, depresif, güçsüz, aşağılanmış ve tamamen insanlıktan çıktığını hissedebilmektedir (Ayers ve ark. 2016).

Hindistan'da doğum sırasında kötü muamele biçimleri ve saygısız annelik bakımı yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan bir meta-analizde; saygısız annelik bakım oranının %71,3 olduğu, en yüksek kötü muamele biçiminin rızası alınmadan yapılan

uygulama olduğu (% 49,84), ardından sözlü taciz (%25,75), tehdit (%23,25), fiziksel taciz (% 16,96) ve ayrımcılığın (%14,79) geldiği saptanmıştır (Ansari ve Yeravdekar 2020).

Nijerya'da doğum esnasında kadınlara yönelik olarak saygısızlık ve istismara ilişkin, 14 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik incelemede, en sık bildirilen istismar türünün, düşmanca bir tutumla bakım verilmesi ve sağlık çalışanlarıyla kadın arasında psikolojik mesafe olduğu saptanmıştır (Ishola ve ark. 2017).

Doğumda kadına saygılı bir bakım verilebilmesi için öneriler;

- Saygısız ve istismarcı davranışı etkileyen faktörlerin doğasını anlamak,
- Kadınları hakları konusunda eğitmek,
- Doğum sırasında kadınların özel ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde sağlık sistemini güçlendirmek,
- Bakımın kişilerarası etkileşimi kapsayacak şekilde sağlık profesyonellerinin eğitimini geliştirmek,
- Saygılı annelik bakımına ilişkin politikaların belirlenmesi ve uygulanması,
- Saygılı annelik bakımına ilişkin daha fazla çalışma yd2ş önerilmektedir (Ishola ve ark. 2017).

2.4.3. Etkili İletişim

Etkili iletişim ve karşılıklı güven kazandırmak, doğum sürecinde ortaya çıkan birçok çatışmayı önleyebilmektedir (DeBaets 2017). Irak'da doğumhanedeki ebe ve hekimlerin iletişiminden memnuniyeti araştırmak için yapılan çalışmada, kadınların (n=1196) sağlık çalışanlarının iletişimden memnuniyetinin, doğumdaki bakımından duydukları memnuniyetle ilişkili olduğu saptanmıştır (Ahmed 2020).

Dünya Sağlık Örgütü Pozitif Bakım Rehberi'ne göre kadın ile sağlık profesyoneli arasındaki etkili etkileşim için sağlık profesyoneline öneriler;

- Kadınla ve refakatçileriyle tanışması ve kadına adıyla seslenmesi,
- Bilgilendirme yaparken, bilgileri yalın, kısa ve anlaşılabilir bir şekilde gerekirse bir takım materyaller kullanarak anlatması,

- Kadının gereksinimlerini, seçimlerini ve konu ile ilişkin merak ettiklerinin saygılı bir tavır ve pozitif bir tutumla cevaplaması,
- Kadının duygularını paylaşması için onla temas kurarak, dikkatle dinleyerek, şevkatle desteklemesi (WHO 2018; Yıldız 2019),
- Yapılacak işlemlerle ve işleyişle ilgili kadına bilgi verilerek, bilgilendirilmiş onam alınması,
- Doğum başlamasından itibaren kadının kişisel mahremiyeti, gizliliği dikkate alınması,
- Tüm travay ve doğum sürecinde kadınla iletişimi açık ve net bir şekilde sürdürmek
- Sağlık ekibinin empati ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi konusunda eğitmler düzenlenmesi (WHO 2018).

2.5. Doğum Uygulamaları Algısı

Algı duyusal bilginin alınması, yorumlanması, seçilmesi ve düzenlenmesi anlamına gelmektedir. Doğum deneyimi bir kadının kendi doğumuna ilişkin anıları, edindiği bilgilerin tamamı, tecrübe olarak tanımlanmaktadır (Taheri ve ark. 2018). Doğum travmasını önlemek ve olumlu doğum deneyimi algısı için yapılan uygulamaları belirlemek amacı ile 20 çalışmanın dahil edildiği (n:22.800 katılımcı) bir meta-analizde, doğum sırasında kadınları desteklemek, minimum müdahale ile bakım ve doğuma ve komplikasyonlarına yönelik hazırlık en etkili stratejiler olarak belirlenmiştir (Taheri ve ark. 2018). Doğum deneyimi ile ilgili obstetrik ve psikolojik belirteçleri saptamak amacıyla İtalya da yapılan bir çalışmada (n=111), doğumun ikinci evresinin uzunluğu, zorluğu, doğum korkusu, epidural anestezi gibi uygulamaların doğum deneyimini etkilediği, doğum şeklinin doğum deneyimin etkilemediği saptanmıştır (Fenaroli ve ark. 2019).

Doğum deneyiminin olumlu yada olumsuz olması, anne, baba ve yenidoğan ilişkilerini önemli ölçüde etkilemektedir (Aksoy ve ark. 2020). Olumlu doğum deneyimi kadının öz yeterliliği ve öz saygısı açısından çok önemlidir. Kadının öz yeterliliği ve öz saygısı anne, bebek, aile ve toplumun gelişmesine katkı sağlayan önemli bir durumdur (Hosseini ve ark. 2020).

Sağlık ekibinin doğum deneyimini etkilediği, verilen fiziksel ve psikolojik desteğin olumlu deneyime, yetersiz iletişim ve yetersiz bakımın ise olumsuz deneyime yol açtığının belirtildiği çalışmalar yapılmıştır (Dahlberg ve ark. 2016; Namujju ve ark. 2018).

Olumsuz doğum deneyimi ise olumlu doğum deneyiminin aksine post tramvatik stres bozukluğuna, tramvatik doğum algısı, doğum sonu depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olarak sadece kadın üzerinde değil, anne sütü almama, anne ve bebek bağlanmasında sorunlara ve aile içi iletişim çatışmaları gibi istenmeyen etkiler ile aile birliğinin temelini etkileyerek, bireysel ve toplumsal bir dizi sosyolojik sorunlara yol açabilmektedir (Brown ve Jordan 2013; Henriksen ve ark. 2017; Aksoy ve ark. 2020).

2.5.1. Doğum Uygulamaları Algısını Etkileyen Faktörler

Kadınların doğumu olumsuz algılamasına neden olan birçok faktör bulunmaktadır (Henriksen ve ark. 2017). Kadınların doğum deneyimlerini olumsuz algılaması ile ilişkili faktörler;

- Doğum konusunda yetersiz veya yanlış bilgiler,
- Doğum komplikasyonları,
- Gebelik /doğum sırasında sosyal destek eksikliği,
- Doğum sırasında kontrol eksikliği algılama,
- Doğumda yapılan rutin müdahaleler,
- Doğum sırasında yetersiz bakım,
- Vajinal muayeneden utanma,
- Doğum korkusu,
- Önceki doğum deneyimi,
- Bakım kalitesinde yetersizlik,
- Sağlık çalışanlarında empati yetersizliği,
- Anne ve ebe arasındaki ilişkinin kötü olması (Rijnders ve ark. 2008; Sorenson ve Tschetter 2010; Henriksen ve ark. 2017; Namujju ve ark. 2018; Aktaş ve Aydın 2019).

2.6. Doğum Deneyimini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Doğum sürecinde doğum deneyimini değerlendirmede özelilkle ülkemizde kullanılan ölçeklere bu bölümde yer verilmiştir. Literatür incelendiğinde dogumda annelerin deneyimlerini ve memnuniyetini değerlendirmede kullanılan, ülkemizde geliştirilen veya Türkçeye uyarlanan birçok ölçeğin olduğu görülmektedir. Burada; Optimalite İndeksi- Türkiye (Oİ-TR), Doğum Memnuniyeti Ölçeği, Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği, Doğum Deneyimi Ölçeği, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği, Doğumda Algılanan Destek ve Kontrol Ölçeği, Doğum Konforu Ölçeği, Doğum Tatmin Ölçeği ve Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği gibi ölçeklere yer verimiştir (Güngor ve Beji 2012; Coşar ve ark. 2015; Yücel ve ark 2015;Yalnız ve ark. 2017).

2.6.1. Optimalite İndeksi- Türkiye

Optimalite İndeksi, kanıt temelli bilgiler doğrultusunda geliştirilmiş, perinatal bakım süreci ve sonuçlarının ölçülmesi için kullanılmaktadır. Optimalite İndeksi-United States (OI-US), Yücel ve ark. (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanmmıştır. Optimalite İndeksi- Türkiye (OI-TR)'de, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (Oİ) olmak üzere iki bölüm yer almaktadır. Toplam 60 (18+42) maddeden oluşan indekste bulunan maddeler için optimal (1 puan) ya da optimal olmayan (0 puan) şeklinde puanlandırılmaktadır (Yücel ve ark. 2015).

2.6.2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği

Doğum Memnuniyet Ölçeği, kadınların doğum algılarını (The birth satisfaction scale-BSS) değerlendirmek için Martin ve Fleming tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir (Martin ve Fleming 2011). Ölçek Coşar, Sezer ve Doğan Merih (2015) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Likert tipteki ölçekte, 4, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 29. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. 30 maddeden oluşan ölçekten alınabilecek puan 30-150 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça doğumdan memnuniyet artmaktadır. Ölçekte Cronbach Alpha katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur (Coşar ve ark. 2015).

2.6.3. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği

Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği, annelerin doğumda ve hastaneden taburcu olmadan önce erken postpartum dönemdeki deneyimlerini

değerlendirmek üzere Güngör ve Beji tarafından (2012) geliştirilmiştir. Doğum şekline özgü olarak normal ve sezaryen doğum versiyonları şeklinde iki ayrı ölçek geliştirilmiştir. Her iki ölçekte Cronbach Alfa katsayısı (0,91) bulunmuştur (Güngor ve Beji 2012).

2.6.4. Doğum Deneyimi Ölçeği

Kadınların yaşadığı doğum deneyimini değerlendirmek amacıyla Denker ve ark tarafından (Dencker ve ark. 2010) 2010 yılında geliştirilen ölçek, Mamuk, Şahin ve Dişsiz tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Dörtlü likert tipte, 22 maddelik ölçek; doğum süreci, profesyonel yardım/destek, algılanan güvenlik/anılar, kararlarda anlaşma olarak 4 alt boyutta oluşturulmuştur. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,76 olarak saptanmıştır (Mamuk ve ark. 2019).

2.6.5. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Doğum eyleminde kadınların yaşadığı tramvatik doğum algısını belirlemek amacıyla geliştirilen Tramvatik Doğum Algısı Ölçeği, Yalnız ve ark tarafından (2017) geliştirilmiştir. 19 madde ve 5 faktörlü bir yapısı olan ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

2.6.6. Doğumda Algılanan Destek ve Kontrol Ölçeği

Kadının doğum sürecinde algıladığı desteği belirlemek amacıyla Ford ve ark tarafından (2009) geliştirilen ölçek, İnci ve ark tarafından (2015) Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 5'li likert tipte, 33 madde ve 3 faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak belirlenmiştir (Inci ve ark. 2015).

2.6.7. Doğum Konforu Ölçeği

Doğum Konforu Ölçeği doğumda kadınların algıladığı konforu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 9 madde ve 3 faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır (Potur ve ark. 2015).

2.6.8. Doğum Tatmin Ölçeği

Hollins, Martin ve Fleming (2011) tarafından geliştirilen 30 maddelik Doğum Memnuniyeti Ölçeği (Birth Satisfactıon Scale-BSS), 2014 yılında revize edilerek 10 maddeye indirilmiştir. Göncü ve ark tarafından (2018), Doğum Tatmin Ölçeği olarak Türkçe uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur (Göncü ve ark. 2018).

2.6.9. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği

Doğum eyleminde verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algısını değerlendirmek amacıyla Uludağ ve Mete tarafından (2013) tarafımdan geliştirilmiştir. 4 lü likert tipte, 40 maddeden oluşan ölçek; rahatlatıcı davranışlar, eğitim, rahatsız edici davranışlar olarak 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, destekleyici bakımın o derece iyi olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,94 olarak saptanmıştır (Uludağ 2013).

2.7. Doğuma Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarda Ebenin Rolü

İntrapartum Bakım Rehberinde, pozitif doğum deneyiminin bir halk sağlığı sorunu olduğun belirtilmektedir (Olza ve ark. 2020). Ebeler doğum sürecindeki uygulamaları kanıta dayalı olarak yöneterek olumlu doğum deneyime katkı sağlayacak anahtar rollere sahiptir (WHO 2018; Fry ve Attawet 2018).

Sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirmeye yönelik ideal yaklaşım uygulamaların kanıta dayandırılmasıdır (Leo ve ark. 2019). Ebelerin kanıt kalitesini değerlendirme, kanıta dayalı uygulamaları pratikte kullanma konusunda yetersiz kaldığı ve bu alanda eğitilmesi gerektiği bildirilmektedir (Fry ve Attawet 2018). Ebelerin günlük bakımda kanıta dayalı uygulamaların kullanılmamasının nedenlerinin (6 makalenin dahil edildiği meta analizde); değişim için bir neden olmadığını düşünme, değişimin çok zor olduğuna inanma, zaman kısıtlılılığı ve bütçe kısıtlamaları vb. nedenlerin sayıldığı belirlenmiştir (Leo ve ark. 2019).

Fry ve Attawet (2018), tarafından hemşire ve ebelerin kanıtları nasıl elde ettiği, nasıl kullandığı ve günlük uygulamalara nasıl yerleştirdiğini belirlemek için yapılan bir çalışmada kanıta dayalı uygulamaları sürdürmenin önündeki engeller; zaman, organizasyon ve yönetim desteğine duyulan ihtiyaç saptanmıştır (Fry ve Attawet 2018). The Royal Collage of Midwives (RCM), kanıta dayalı ebelik uygulamaları değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, kadınların ebeden aldığı desteğin eksik olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada; özerklik, normallik, holizm ve kadın merkezli bakıma dikkat çekilmiştir (RCM 2016). Annelik bakımında doğum hizmetlerindeki kanıta dayalı uygulamalardaki boşluğunun kapatılması için disiplinler arası işbirliği ve çok boyutlu bir yaklaşım önerilmektedir (Leo ve ark. 2019).

Ebe anahtar rolleri ile doğumda kadının içindeki dişil gücün ortaya çıkmasını sağlayarak kadını güçlendirmektedir. Kadın doğal doğumu deneyimleyerek, kendi

vücudunun işleyişine güvenebilmektedir. Bu ebeden aldığı destek ve saygı ile mümkün olabilmektedir (Dılcen ve Genç 2019). Ebenin doğum eyleminde sürekli bakım vermesi ve kadın merkezli bakım uygulaması, doğumu kanıt temelli uygulamalar ile desteklemesi doğumun doğal bir ritimde ilerlemesini sağlayacaktır (May 2012; Rathfisch 2012; Çalik ve ark. 2018).

Ebe, anne ve bebeğin optimal bakımı için kanıt temelli uygulamaları uygulamalı, kendi mesleki birikimi ve kadın olmanın doğal gücündende yararlanmalıdır (Odent 2008). Ebenin düşük riskli gebeyi saptaması, doğum sürecinde doğumun doğal gidişatına güvenen, doğumun ikinci evresini aktif yönetmeden, travayda kadına saygılı, özenli bakım, etkili iletişim ve uygun ağrı ile başetme tekniklerini uygulayarak, doğumun üçüncü evresini aktif yönetmesi önerilmektedir (WHO 2018). Pozitif bir doğum deneyimi için ebe ve kadının iş birliği içinde bir ekip gibi çalışması ve kadının doğuma yönelik ihtiyaçlarının karşılanacağına güvenmesi, ebenin empati kurması, iyi k iletişim becerilerine sahip olması önemlidir (Aktaş ve Pasinlioğlu 2016). Annelerin doğum sürecini algıma şekline ilişkin, doğumda deneyimlediği olaylardan ziyade, hissettiği duygular ve aldığı desteğe dikkat çekilmektedir (Dilcen ve Genç 2019). Doğum sürecinde ebelerin annelere verdiği destek arttıkça, annelerin kontrol algısı ve konforunun artığı, endişenin ise azaldığı belirtilmektedir (Dilcen ve Genç 2019).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM), ebelerin doğumda kadının özgüvenini artıran uygulamalara güç vererek, doğumda yapılan müdahaleleri kanıta dayandırmasının, doğal doğumu destekleyeceği ve sezaryen oranlarının düşüreceğini vurgulamaktadır (ICM 2017). Ebeler tarafından verilen destek pozitif doğum deneyimi yaşatarak daha sağlıklı nesiller yetişmesine katkı sağlayacaktır (Başkaya ve Sayıner 2018; WHO 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, kadınların doğumda yapılan uygulamalara yönelik algılarını değerlendirmeye ilişkin 'Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği'ni geliştirmektir.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu çalışma Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğini geliştirmek üzere **metodolojik**, doğumda yapılan uygulamaları belirlemek üzere **tanımlayıcı**, kadınların doğum uygulamalarına yönelik algıları ile sosyo-demografik ve kişisel özellikleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek üzere **karşılaştırmalı** nitelikte bir araştırmadır.

3.3. Araştırma Soruları

1. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği, kadınların doğumda yapılan uygulamalara ilişkin algılarını değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?
2. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin alt boyutları nelerdir?
3. Doğum yapan kadınlara ait bağımsız değişkenlere göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği puan ortalamaları farklı mı?

Araştırma sorularını irdelemek için arattırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki verilmiştir.

3.3.1. Bağımlı Değişkenler

- Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği toplam puanları,
- Müdahaleler alt boyut puanları,
- Ekip yaklaşımı alt boyut puanları.

3.3.2. Bağımsız Değişkenler

- Anne yaş,
- Medeni durum,
- Eğitim durumu,
- Çalışma durumu,
- Aile tipi,
- Geliri,
- Doğum şekli,
- Gebeliğin planlı olması vb.

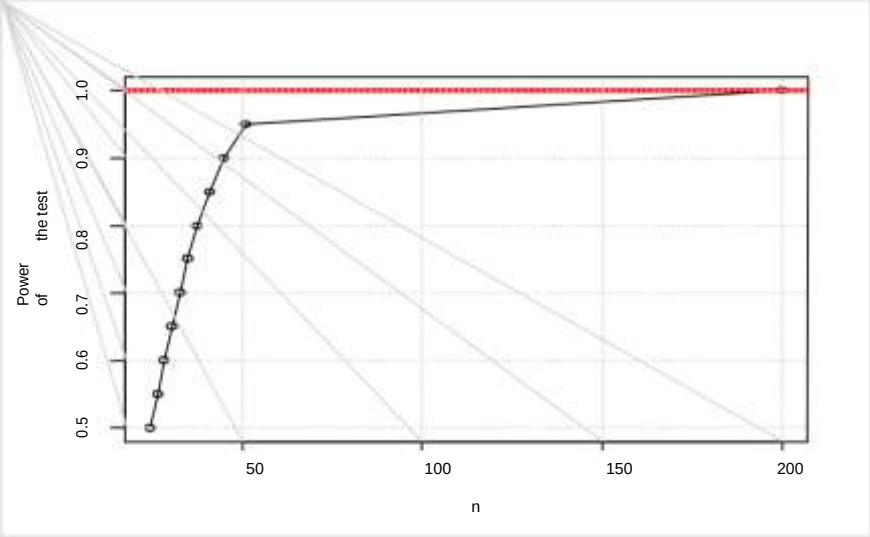
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, doğum sonu servisinde (Kadın-2), Kasım 2019-Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kadınlar vajinal doğum sonrası ilk müdahale yapıldıktan sonra Kadın-2 servisine alınmaktadır. Kadın-2 normal doğum yapan kadınların doğum sonu dönemde takip edildiği 24 yataklı bir servistir. Doğum sonrasında genellikle, normal doğum yapanlar 24 saat sonra taburcu edilmektedir. Gündüz üç hemşire/ebe, gece ise bir hemşire/ebe görev yapmaktadır. Samsun ilindeki en büyük yatak kapasiteli devlet hastanesi olan bu hastanenin, kadın doğum kliniğinde yılda ortalama 6000 normal doğum gerçekleşmektedir. Bu hastanede her sosyoekonomik düzeyde hastaya bakım verilmekle birlikte, hastaların çoğunluğu orta ve düşük gelirli ailelerden oluşmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, Kasım 2019-Ekim 2020 tarihleri arasında doğum yapan tüm kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini belirlemede, Uludağ ve Mete (2015) tarafından yayınlanan bilimsel makalede yer alan yapısal eşitlik modellemesi sonuçları temel alınmış ve bu sonuçlara göre güç analizi yapılmıştır. Şekil 3.1 de farklı örneklem sayıları için güç analizi sonuçları verilmiştir. Bu araştırmada oluşturulan yapısal eşitlik modelinde yer alan serbestlik derecesi (df=492) ve RMSEA değeri (RMSEA=0,068) temel alınarak %5 hata payı için güç değerleri hesaplanmıştır. Güç analizi için R Project yazılımı ile farklı örneklem sayılarına ilişkin güç değerleri hesaplanmıştır. Referans araştırmadan elde edilen güç değerlerine göre, minimum 200 gözlem ile çalışıldığında %100 düzeyinde bir test gücüne ulaşılmıştır. Sonuç olarak güç analizi bulgularına göre, araştırma için toplam minimum 200 kadın ile araştırma yapılabileceği belirlenmiştir. Araştırmada yer ölçek maddelerine göre, örneklem sayısının 200'ün üzerine çıkması öngörülmektedir.



Şekil 3-1 Farklı örneklem sayıları için güç değerleri.

Faktör analizinin yapılabilmesi için ölçek madde sayısının en az 5 en fazla 50 katı kadar örneklem seçilmesinin kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (Uyumaz ve Sirganci 2020). Ölçek geliştirme çalışmalarında; 300 kişilik örneklem iyi, 500-1000 kişilik örneklem iyi/mükemmel olarak nitelendirilmektedir (Şahin ve Öztürk 2018; Uyumaz ve Sirganci 2020).

Literatürde yer alan ve geçerlik, güvenirlik analizleri için ölçek madde sayısının 5-10 kat üzerinde bir örneklemle çalışılması koşulu (Yurdugül 2005; Erkuş 2012; Karakoç ve Dönmez 2014) sağlanmıştır. Kapsam geçerliğine ilişkin değerlendirme yapıldıktan sonra "Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin taslağında" 26 madde yer aldığından, toplam (26*15=390) 390 kişinin bu çalışmanın örneklemi için yeterli olacağı kabul edilmiştir.

Veri toplama formunun eksik doldurulduğu (bebek ile ilgilenme, uyuma, ziyaretçi olması ve pandemi koşulları) için 9 kadına ait veri çalışmaya dahil edilememiştir. Örneklem seçim kriterlerine uyan veri toplama formlarını eksiksiz tamamlayan 381 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Pilot uygulama yapılan 30 kadına ait veriler çalışma dışında bırakılmıştır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan çıkarılma kriterleri aşağıda yeralmaktadır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma kapsamına alınan bireylerin;

- Vajinal doğum yapması,
- Anne ile doğum sonrası ilk 72 saat içinde görüşülmesi,
- İletişim sorunlarının olmaması (Türkçe konuşma/anlama yeterliliği),
- Canlı, termde ve sağlıklı bir yenidoğan dünyaya gelmiş olması,
- Bebeğin annenin yanında olması.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri;

- Bebeği yenidoğan yoğun bakıma kabul edilen anneler

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda yeralmaktadır.

- Anne Tanıtım Formu (EK 1)
- Doğum Memnuniyeti Ölçeği (EK 2)
- Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Taslağı (EK 3)

3.7.1. Anne Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Martin ve Fleming 2011,Gungor ve Beji 2012; WHO 2018; Brunton ve ark. 2019; Ayoubi ve ark. 2020) hazırlanan form toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Anne tanıtım formunda; anneye ait sosyo-demografik özellikleri (anne yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, aile geliri vb.) kapsayan 8 soru, obstetrik ve jinekolojik özellikleri kapsayan (doğum şekli, gebeliğin planlı olması, toplam gebelik, çocuk sayısı, doğuma kabul edildiğinde açıklığı vb) 11 soru yer almaktadır

3.7.2. Doğum Memnuniyeti Ölçeği (DMÖ)

Ölçek Caroline Hollins, Martin ve Valerie Fleming tarafından 2011 yılında, The Birth Satisfaction Scale-BSS geliştirilmiştir. Kadınların doğum memnuniyetini

değerlendirmek için geliştirilen ölçek, Coşar ve ark. tarafından (2015) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Likert tipteki ölçekte (kesinlikle katılıyorum=5, katılıyorum=4, kısmen katılıyorum=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte 4, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 29. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek 30 maddelik olup, ölçekten alınabilecek puan 30-150 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça doğum memnuniyeti artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Taslağı

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) annelerin doğum uygulamalarına yönelik algılarını geliştirmek amacıyla 26 madden oluşan 5'li likert tipinde bir ölçektir. Annelerin maddelerdeki ifadelere katılıp katılmama durumuna göre işaretledikleri cevaplar "Kesinlikle katılıyorum:5 puan, Katılıyorum:4 puan, Kısmen katılıyorum:3 puan, Katılmıyorum: 2 puan, Kesinlikle katılmıyorum:1 puan şeklinde puanlanmıştır. Olumlu ifadeler tersine döndürülmüştür. Ölçekten alınan puan arttıkça doğum yapan kadının doğum uygulamalarına yönelik algısının negatif olacağı şekilde yorumlanacaktır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 26-130 arasında değişecek şekilde tasarlanmış ve veriler DUAÖ taslağı ile toplanmıştır.

3.8. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Geliştirme Basamakları

Aşağıda "Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Taslağı" geliştirilirken uygulanan basamaklar açıklanmıştır. Ek.3'de gösterilen taslak ölçek, uzman görüşü sonrası, istatistiksel analizler yapılmadan önce oluşturulan şeklidir.

3.8.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Konu ile ilgili kapsamlı literatür taraması yapılarak kadının doğum uygulamaları ile ilgili algılarını etkileyen temel faktörler belirlenmiştir. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin madde havuzu ve alt boyutları oluşturulurken özellikle, ulusal ve uluslararası rehberler ve kanıta dayalı güncel literatürlerden yararlanılmıştır (ACOG 2016; WHO 2018; NICE 2019). DSÖ 2018'de İntrapartum Bakım Rehberindeki önerilerden ve İntrapartum Bakım Modelinden yola çıkılarak, literatürde en fazla vurgulanan faktörlere uygun olarak doğumda yapılan müdahalelera yönelik 65 maddelik bir taslak oluşturulmuştur. Araştırıcı, danışman ve tez izlem komitesi tarafından yapılan değerlendirme ile benzer kapsamda olan maddeler çıkarılarak uzman görüşüne

gönderilmek üzere 42 ifadeyi içeren bir madde havuzu oluşturulmuştur (WHO 2018). Ayrıca madde havuzu oluşturulurken, Doğum Memnuniyet Ölçeği (Cosar 2015), Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Gungor ve Beji 2012), Doğum Deneyimi Ölçeği (Mamuk ve ark. 2019), Tramvatik Doğum Algısı Ölçeği (Yalnız ve ark. 2017), Doğumda Algılanan Destek ve Kontrol Ölçeği (Inci ve ark. 2015), Doğum Konfor Ölçeği (Potur ve ark. 2015), Doğum Tatmin Ölçeği (Göncü ve ark. 2018), Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği (Uludağ 2013), Optimalite İndeksi- Türkiye (Oİ-TR) (Yucel ve ark. 2015) gibi ölçekler incelenmiş ve bu ölçeklerin kapsamından da yararlanılarak, literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Madde havuzu oluşturulma aşamasında, çalışmanın yapıldığı hastanede doğum yapan 12 kadın ile yaklaşık 15 dk süren bireysel görüşme yapılarak doğum uygulamalarına yönelik görüşleri sorulmuş ve taslak ölçeğin oluşturulmasında bu görüşlerden de yararlanılmıştır. Bireysel görüşmede; annelerin doğum uygulamalarına yönelik görüşleri, doğum deneyimi ile ilgili duyguları ve doğum uygulamalarına yönelik önerilerini ifade etmeleri istenmiştir (Aune ve ark. 2015; Diorgu ve ark. 2016; WHO 2018; ACOG 2019). Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) ilgili geçerlik çalışması kapsamında, taslak ölçeğin kapsam geçerliği, pilot uygulama ve yapı geçerliği yapılmıştır.

3.8.2. Kapsam Geçerliliği

İçerik ve Kapsam Geçerliliği'ni (Content Validity) değerlendirmek üzere konu ile ilgili uzmanların görüşüne sunularak maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılırlığı ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Taslak ölçekte yer alan maddelerin istenen özelliği kapsayıp kapsamadığının değerlendirilmesi için Ebelik ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından toplam 11 uzmanın görüşü alınmıştır (EK 4). 42 maddelik taslak ölçekte yer alan maddelerin istenen özelliği kapsayıp kapsamadığının uzmanlar tarafından değerlendirilmesi için Davis tekniğine göre bir form oluşturulmuştur (EK 5). Uzmanlar maddelerin uygunluğunu 1-4 (1= Uygun değil, 2= Biraz uygun, 3= Uygun, ancak küçük değişiklik gerekiyor ve 4=Çok uygun) şeklinde puanlamıştır (Davis 1992). Ölçek taslağının ifadeleri 3 Türk dili uzmanı tarafından, Türk dil yapısına uygunluğu ve anlaşılırlığı açısından değerlendirilmiştir (EK 6).

Maddeler için kapsam geçerlilik oranları-KGO ve her bir alt boyut için de Kapsam Geçerlik İndeksi–KGİ (Content Validity Index = CVI) hesaplanmıştır. Tablo 4.3'de

gösterilen ve KGO puanları 0,5-1 arasında değişen 42 maddelik taslak ölçeğin 21 maddesi (2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 26, 27, 29, 34, 38, 39, 40, 42) KGO değeri 0,80'nın altında olduğu için taslaktan çıkartılmıştır. Uzman önerileri doğrultusunda bazı maddeler düzenlenmiş, çıkarılmış ve uzmanlar tarafından önerilen maddeler eklenmiştir (Tablo 4.4). Taslak ölçek uzman görüşlerine göre 26 madde olarak yeniden düzenlenmiştir.

3.8.3. Pilot Uygulama

Örneklem grubu ile aynı özellikleri taşıyan 30 yeni doğum yapan kadın ile DUAÖ taslağı ifadelerinin anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Annelerden maddeleri anlama, okunabilirlik ve madde düzenleri açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Tüm anneler ölçeğin anlaşılır, okunabilir olduğunu belirttiği için bu aşamada taslak ölçekte madde çıkartılmamıştır.

3.8.4. Yapı Geçerliliği

Doğum Uygulamaları Uygulama Ölçeği Taslağı iki aşamalı olarak uygulanmıştır. İlk aşamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett Testi ile Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA), ikinci aşamada ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile yapı geçerliği analiz edilmiştir.

Yapı geçerliği analizi doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılarak hesaplanmış ve bu aşamada taslak ölçekten madde yükü 0,40'ın altında olan 5 madde (1, 11, 12, 15 ve 19. Maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. AFA sonucunda belirlenen faktörler maddelerin kapsamı ve literatürle uyumlu olarak birinci faktör "*Müdahaleler*", ikinci faktör de "*Ekip Yaklaşımı"* şeklinde isimlendirilmiştir.

3.8.5. Ölçüt Geçerliliği (Eşdeğer /Paralel Formlar)

Paralel formlar ölçeğin stabilliğini ölçmektedir. Ölçüt geçerliliği analizlerinde, eşzaman ve yordama geçerliliği önceden yapılmış ve geçerli bulunmuş benzer bir ölçek ile aralarındaki ilişki değerlendirilmektedir. İki formun eşdeğer olabilmesi için, formların kapsamlarının, yapısının, zorluk derecesinin, talimatların, puanlamanın, madde sayısı ve yorumlarının benzer olması gerekmektedir. Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanabilmektedir. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanmakta ve güvenirlik katsayısı olarak yorumlanmaktadır. Bu çalışmada paralel form olarak 'Doğum Memnuniyet Ölçeği' aynı anda uygulanmıştır.

3.8.6. Güvenirlik Analizleri

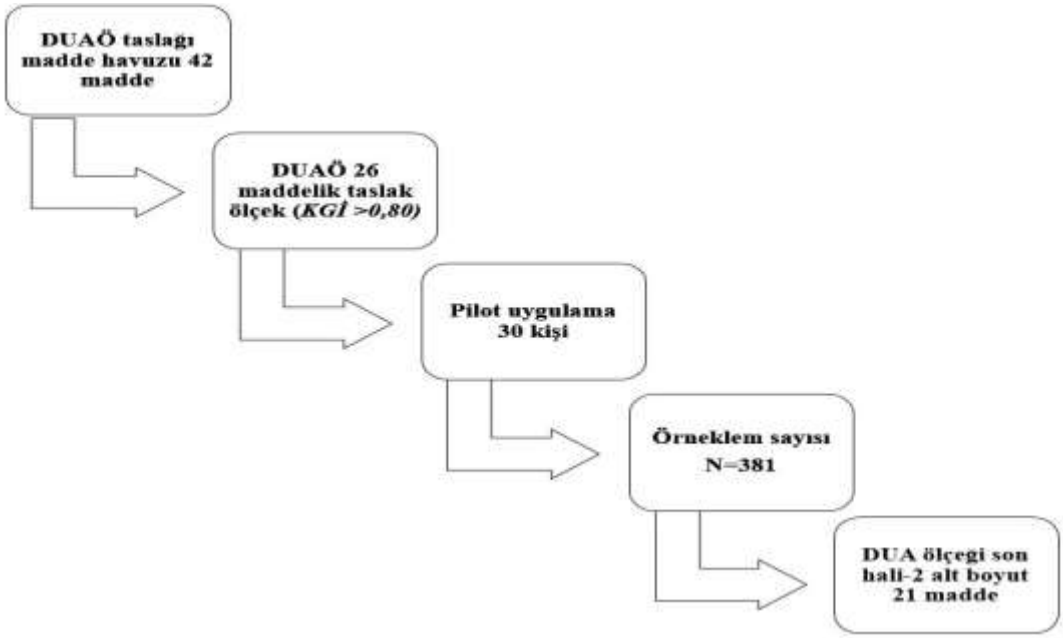
Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği taslağının güvenirliğini belirlemek için Madde Toplam Puan Korelasyon ve İç tutarlılık (Cronbach Alfa Güvenirliği) yöntemleri kullanılmıştır.

Ölçeğin iç tutarlık analizi Cronbach Alfa ile değerlendirilmiştir. Taslak ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayıları Cronbach Alfa 0,69 (müdahaleler alt boyutu 0,88 ve doğum ekibi alt boyutu 0,91) olarak saptanmıştır.

3.9. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçları, örneklem seçim kriterlerine uyan gönüllü annelere, doğumdan sonra hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araçların doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Literatürde yeni bir ölçek geliştirilirken izlenmesi önerilen basamaklar belirtilmiştir (Bakioğlu ve ark. 2014; DeVellis ve Totan 2017; Erkuş 2012).

Araştırmanın akışı Şekil 3-2 de gösterilmektedir.



Şekil 3-2: Araştırmanın akış şeması.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerde analizlerin tamamı R-Project yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri uygulandıktan sonra alt boyutlar üzerinden skor puanları ve genel skor puanları elde edilmiştir.

R istatistiksel programlama, 1966 dan bu yana kullanılan veri analizi ve grafiksel gösterim için kullanılan ücretsiz bir yazılımdır (Atar ve ark. 2019). R yazılım dünyada oldukça sık kullanılan ve kullanım sıklığı giderek artan bir programdır (Doğan ve Uluman 2016). Türkiye de kullanım alanının azlığı ile ilgili çok tanınmaması ve dinamik bir programlama dili olarak, diğer hazır programlara nazaran kullanımı için kod oluşturulması gerekmesi örnek gösterilebilir (Doğan ve Uluman 2016).

R Project kodun kendi yazılmasını sağlayarak özellikle psikometri alanında analizlerin istatistiksel olarak güvenilir olmasında çeşitli avantajlara sahip olmasının yanı sıra esnek ve ücretsizdir (Kılıç 2020). Dünya da pek çok ölçek geliştirme çalışmasında, dinamik ve sürekli gelişen yazılım dili sebebiyle de R yazılım tercih edilmiştir (Dabagh-Fekri ve ark. 2018; Dima 2018; Martin ve Redshaw 2018; Tsai ve ark. 2019; Brown ve ark. 2020). Güncel literatür de R yazılımın açık kaynaklı olması sebebiyle sürekli gelişen aktif bir yapıya sahip olduğu vurgulanmaktadır (Doğan ve Uluman 2016).

DUAÖ geliştirilirken ücretsiz, esnek, dinamik yapısı ve güncel literatürdeki ölçek geliştirme çalışmalarında kullanımı da göz önünde bulundurularak istatistiksel analizlerin tamamı R-Project yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Analiz aşamasında araştırmanın hata payı %5 olarak alınmıştır. Tablo 3.1'de verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler yer almaktadır.

Tablo 3-1: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
Kapsam Geçerliliği	Davis Tekniği Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndexi (KGİ)
Yapı Geçerliği	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett Testi ile Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA); Özdeğer İstatiği ve Varyans Açıklama Oranı; Horn'un paralel metodu, polikorik korelasyon matrisi Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA); beta katsayıları (Beta), standart hata değerleri (SH), standardize beta katsayıları (STZ-Beta), z-istatistikleri (Z-değeri) ve anlamlılık değerleri (p), Diagonal Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler (DWLS) tahmincisi - CFI (Comparative Fit Index- Karşılaştırmalı uyum indeksi), -GFI (Goodness of Fit Index- Uyum iyiliği indeksi), -AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index- Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi), -RFI (Relative Fit Index-Göreli Uyum İndeksi), -NNFI (Non-normed Fit Index- Normlaştırılmamış uyum indeksi), -RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation- Yaklaşık hataların ortalama karekökü), -SRMR (Standardized Root Mean Sqaure Residual -Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü). Doğum Memnuniyeti Ölçeğ puanları ile korelasyon analizi
Güvenirlik	Madde Toplam Korelasyonu (Pearson korelasyonu/Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu). Cronbach Alfa katsayısı, Korelasyon analizi sonuçlarına ait serpilme diyagramları ve histogramlar

Tablo 3.1 Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler-Devamı

DUAÖ puan ortalamaları ile bağımsız değişkenlerin karşılatırılması	Annelere ilişkin özellikler sayı, yüzde olarak verilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının ve toplam puanlarının demografik özellikler açısından normal dağılıma uygun olup olmadığı test edilmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupda Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Gruplar arası fark bulunduğunda Conover testleri ile farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Her hipotez testinde faktörlere ait skor puanlarının aritmetik ortalamaları (X), medyan değerleri ve minimum-maksimum (Min-Maks) değerleri tanımlayıcı istatistikler şeklinde verilmiştir.
İstatistiksel Anlamlılık	p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (OMU-KAEK 2019/571) (EK 7). T.C Sağlık Bakanlığı Samsun İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Sayı/No: 26521195-604.02) kurum izin alımıştır (EK 8). Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuş ve araştırmaya katılan tüm annelere araştırmanın amacı açıklanmıştır. Annelere araştırmaya katılıp katılmayacakları konusunda özgür oldukları ve araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmayı bırakabilecekleri belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK 9). Araştırma da paralel form olarak kullanılan Doğum Memnuniyeti Ölçeği kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır (EK 10).

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Araştırma örneklemi Samsun'da bir hastanede doğum yapan anneler ile sınırlıdır.

- Verilerin annelerin öz bildirimine dayalı olarak alınması sınırlılıklardan biri olarak ele alınabilir.

- Örneklem büyüklüğü güç analizi yapılarak ve literatür önerilerine uyularak belirlendiği için elde edilen sonuçlar genellenebilir.

- Ölçek maddelerinin toplamından elde edilen Cronbach Alfa katsayısının, ölçek alt boyutunu oluşturan maddelerin Cronbach Alfa katsayısından yüksek olması sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

3.13. Araştırmanın Yürütülmesinde Yaşanan Güçlükler

- Araştırmanın yapıldığı hastanede yabancı uyruklu annelerinin sayısının fazla olması ve bazılarının Türkçe bilmemesi nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır.

- Covid-19 pandemisinde yaşanılan kısıtlılıklar veri toplanma sürecinin uzamasına neden olmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kadınların doğumda yapılan uygulamalar ile ilgili algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ‘Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ)’ geçerlik ve güvenirlik çalışması ve DUAÖ puan ortalamaları ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırmada elde edilen bulgular üç başlık altında sunulmuştur. Bölümler;

4.1 Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2 Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması İle İlgili Bulgular

4.3 Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkelerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular olarak ele alınmıştır.

4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin demografik özellikleri, gebeliğe ilişkin bilgiler, doğuma hazırlık, doğum sürecine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	n	%
	≤18	9	2,4
Yaş grupları	19-34	352	**92,4**
	≥35	20	5,2
	Evli	373	**97,9**
Medeni durum	Bekar	8	2,1
	Okur-yazar	5	1,3
Eğitim durumu	Orta öğretim	185	**48,6**
	Temel eğitim	145	38,1
	Üniversite	46	12,1
Çalışma durumu	Çalışmıyor	322	**84,5**
	Çalışıyor	59	15,5
	Çekirdek	189	49,6
Aile tipi	Geniş	192	**50,4**
	Gelir gideri karşılıyor	57	1,0
Gelir durumu	Gelir gidere eşit	111	29,1
	Gelir gideri karşılamıyor	213	**55,9**
	Zayıf	1	0,3
	Normal	38	10,0
Besen Kitle İndeksi	Hafif şişman	222	**58,3**
(BKİ)	Obez	101	26,5
	Aşırı obez	19	5,0

Tablo 4.1 ’de annelerin tanıtıcı özellikler incelendiğinde; %92.4’ünün 19-24 yaş aralığında olduğu, %97.9’unun evli olduğu, %48.6’sının orta öğretim mezunu olduğu, %84.5’inin çalıştığı, %50,4’ünün geniş ailesi olduğu, %55.9’unun gelirinin giderini karşılamadığı ve %58.3’ünün BKİ’nin hafif şişman kategorisinde olduğu görüldü.

Tablo 4-2: Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikleri

Değişken	Grup	n	%
	Planlı	294	**77,2**
Gebeliği planlama durumu	Plansız	87	22,8
Gebe kalma yolu	Doğal	380	**99,7**
	Tedavi ile	0,26	3,4
Gebelik sayısı	1 gebelik	134	35,2
	1'den fazla gebelik	247	**64,8**
Gebelikte kontrol sayısı	4'ten fazla	364	**95,5**
	4 ya da daha az	17	4,5
Doğum hazırlık eğitimi	Hayır	362	**95,0**
	Evet	19	5,0
Gebelikte uygulanan tanı testi	Akıllı test	371	**97,4**
	Amniyosentez	10	2,6
Doğumhane açıklık (cm)	5 cm'den az	310	**81,4**
	5 cm ve fazla	71	18,6
Doğum hastanede geçen süre (saat)	Prim≥12	20	5,3
	Prim<12	114	29,9
	Mult<10	216	**56,7**
	Mult≥10	31	8,1
Doğumdan sonra kaçıncı gün	1. Gün	216	**56,7**
	2. Gün	161	42,3
	2 Günden fazla	4	1,1

Tablo 4.2'de annelerin gebelik ve doğuma ilişkin özellikleri incelendiğinde; çalışmaya katılan katılımcılar arasında gebe kalma yolunu doğal yöntemlerden seçenlerin %99.7 oranında olduğu, birden fazla gebelik geçirenlerin oranını %64,8 olduğu, çalışmaya katılan gebelerden 4'ten fazla sayıda kontrole gidenlerin %95,5 oranında olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanlardan doğuma hazırlık eğitimi almayanlar %95 oranında oluğu, gebelikte uygulanan tanı testlerini akıllı test olarak yapanların oranı %97,4, doğumhaneye 5 cm den daha az açıklıkla kabul edilen gebelerin oranı ise %81,4 olduğu saptandı. Doğumhaneye kabul edildiği andan itibaren doğumhanede bulunma

süresi 10 saatten az olanların %56,7'sinin multipar, doğumdan sonraki birinci gününde çalışmaya katılanların oranının ise %56,7 olduğu saptandı.

4.2. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması İle İlgili Bulgular

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) geliştirme çalışmasında aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- Madde havuzunun oluşturulması; güncel literatür bilgisi doğrultusunda,
- Kapsam geçerliği; oluşturulan madde havuzunun, kapsamı, dil ve ifade uygunluğu, likert dereceleme tipi açısından uzman görüşüne sunulması,
- Pilot uygulama; ifadelerin anlaşılırlığını değerlendirmek için benzer grup üzerinde uygulanması,
- Verilerin toplanması,
- Yapı geçerliği için faktör analizi yapılması,
- Ölçüt geçerliliği; eşdeğer (paralel) formlar yöntemi uygulanması,
- Güvenirlik analizini değerlendirmek amacıyla madde toplam puan analizlerinin yapılması ve cronbach alfa katsayısının belirlenmesi (Çam ve Baysan, 2010).

4.2.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin madde havuzu ve alt boyutları oluşturulurken özellikle, ulusal ve uluslararası rehberler ve kanıta dayalı güncel literatürlerden yararlanılmıştır (ACOG 2019; WHO 2018; NICE 2019). DSÖ 2018'de İntrapartum Bakım Rehberindeki önerilerden ve İntrapartum Bakım Modelinden yola çıkılarak, literatürde en fazla vurgulanan faktörlere uygun olarak doğumda yapılan müdahalelera yönelik oluşturulan 65 ifade, araştırıcı, danışman ve tez izlem komitesi tarafından yapılan değerlendirme ile benzer kapsamda olan maddeler çıkarılarak 42 ifadeye indirgenmiş ve uzman görüşüne gönderilmiştir (WHO 2018).

Çalışmanın yapıldığı hastanede doğum yapan 12 kadın ile yaklaşık 15 dk süren bireysel görüşmeler yapılarak, annelerin doğum uygulamalarına yönelik görüşleri, doğum deneyimi ile ilgili duyguları ve doğum uygulamalarına yönelik önerilerini ifade

etmeleri istenmiş ve taslak ölçeğin oluşturulmasında bu görüşlerden de yararlanılmıştır. Bu görüşler başlıklar halinde toplandığında kadınların rahatsızlıklarını; *tıbbı işlemler ve prosedürler, yetersiz destek ve ekip yaklaşımı* başlıkları altında ifade ettiği belirlenmiştir.

Ölçüm şekli için Likert tipi format belirlenmiştir. Maddeler tasarlanırken, maddelerin sade ve anlaşılır olmasına, bir maddenin birden fazla yargı ve düşünce içermemesine dikkat edilmiştir.

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) ilgili geçerlik çalışması kapsamında, ölçeğin kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliliği analizlerine dayalı bulgular yer almıştır.

4.2.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3'de ölçeğin kapsam geçerliğinin ilk aşamasında, uzman görüşleri Davis tekniğine göre değerlendirmiş (Davis 1992), kapsam geçerlik oranları ve kapsam geçerlik indeksi verilmiştir. Taslak ölçekte yer alan maddelerin istenen özelliği kapsayıp kapsamadığının değerlendirilmesi için ebelik ve kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanlarından toplam 11 uzmanın görüşü alınmıştır. 42 maddelik taslak ölçekte ki her bir maddenin gerekliliği, kapsamı yansıtıp yansıtmadığı, ifadelerin açıklığı ve özgüllüğü uzmanlar tarafından değerlendirilmesi amacıyla bir form oluşturulmuştur. Davis tekniğinde maddeler; "uygun", "madde hafifçe gözden geçirilmeli", "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "madde uygun değil" şeklinde dörtlü derecelendirilmektedir. Uzmanlar maddelerin uygunluğunu 1-4 (1= Uygun değil, 2= Biraz uygun, 3= Uygun, ancak küçük değişiklik gerekiyor ve 4=Çok uygun) şeklinde puanlamıştır. Puanlamalar Davis tekniğine uygun olarak değerlendirilmiş ve maddeler için kapsam geçerlilik oranları (KGO) ve her bir alt boyut için de Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır (Davis 1992). Çalışmada α=0,05 anlamlılık düzeyinde 11 uzman için KGO değerinin 0,80 olduğu kabul edilerek analizler edilmiştir. Bu hesaplamaya göre uzmanlar tarafından 1 ve 2 puan verilenler kabul edilemez olarak sınıflandırılırken 3 ve 4 puan verilenler kabul edilebilir olarak sınıflandırılmaktadır. Davis tekniğine göre ölçekteki minimum 0,80 KGO değerinin altına düşen maddenin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Davis 1992).

Tablo 4-3: Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Taslağı Kapsam Geçerlilik Oranları

Ölçek Maddeleri	Madde özelliğiitemsiletmez	Maddenin oldukçadüzeltilmeihtiyacvar	Maddenin birazdüzeltilmeihtiyacvar	Madde özelliğitemsiliyor	Maddelerin KapsamGeçerlikOranları
1. Doğumhaneye kabul edilirken kendimi yalnız hissettim	0	0	2	9	**1**
2. Doğumhanede kendimi çaresiz hissettim	3	0	1	7	0,7
3. Doğum ekibi tarafından sıcak karşılandım	0	2	0	9	**0,8**
4. Doğum ekibinin bana kendini ve ortamı tanıtması beni rahatlattı	0	0	2	9	**1**
5. Doğum ekibinin yapılacak uygulamalardan bahsetmesi beni rahatlattı	0	3	1	7	0,7
6. Damar yolumun olması beni rahatsız etti	2	1	1	7	0,7
7. Serum takılı halde doğum ağrılarımı yaşamak rahatsız ediciydi	1	2	2	6	0,7
8. Açlıktan enerjimin bittiğini hissettim	0	1	1	9	**0,9**
9. Çok susadığımı hissettim.	0	1	1	9	**0,9**
10. Doğumda sonda takılması beni rahatsız etti	1	2	1	7	0,7
11. Bağırsaklarımı boşaltmak için yapılanlar beni rahatlattı	2	1	1	7	0,7
12. Bebeğin kalbini dinlemek için beni bağladıkları cihaz (NST) beni rahatsız etti	2	0	3	6	**0,8**
13. Ağrı çekerken cihaza bağlanmak (NST) benim için zordu	2	1	4	4	0,7
14. Doğum süresince ağrı ile baş etmem için ilaç dışı uygulamalar yapılması beni rahatlattı	2	1	4	5	**0,8**
15. Bebeğin kalp seslerinin dinlenmesi bebeğimin güvende olduğunu hissettirdi	1	1	2	6	0,7
16. Doğum sırasında karnıma bastırılması beni zorladı	1	2	4	4	0,7
17. Sancı serumu takılması beni rahatsız etti	3	0	1	7	0,7
18. Doğum kesisi yapılması beni kaygılandırdı	3	0	3	5	0,7
19. Doğum masasına yatarken kendimi savunmasız hissettim	0	0	0	11	**1**

Tablo 4.3: Doğum Uygulamaları Ölçeği Taslağı Kapsam Geçerlilik Oranları-Devamı

20. Doğum süresince istediğim pozisyonda kalabildim	1	0	1	9	**0,9**
21. Doğum eylemim normal seyrine bırakıldı	2	1	1	7	0,7
22. Alttan muayene edilmem gerilmeme neden oldu	0	0	1	10	**1**
23. Ikınmam konusunda yönlendirilmem beni rahatsız etti	0	1	1	9	**0,9**
24. Doğum süresince yanımda bir yakınımın olmaması beni rahatsız etti	0	1	1	9	**0,9**
25. Doğumda kendimi halsiz ve bitkin hissettim	2	1	1	7	0,7
26. Doğum süresince kendimi güvende hissettim	3	0	0	8	0,7
27. Keşke evde doğum yapsaydım diye düşündüm	4	1	3	3	0,5
28. Doğum süresince istediğim gibi ses çıkarabildim	0	0	0	11	**1**
29. Yapılan uygulamaların gerekli olduğunu düşündüm	0	3	0	8	0,7
30. Doğum ekibi bana kibar ve nazik davrandı	2	0	3	6	**0,8**
31. Doğum ekibi mahremiyetime dikkat etti	0	0	2	9	**1**
32. Doğum ekibi istediğim soruyu sorabilmem için beni destekledi	0	1	0	10	**0,9**
33. Doğum ekibinin bana saygı duyduğunu düşündüm	2	0	1	8	**0,8**
34. Doğum ekibi beni anlamaya çalıştı	2	1	1	7	0,7
35. Doğum ekibi bana özenli davrandı	2	0	2	7	**0,8**
36. Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile iletişim kurdu	1	0	0	10	**0,9**
37. Doğum ekibi tedavi ve bakımım ile ilgili kararlara katılmamı sağladı	0	0	0	11	**1**
38. Doğum ekibi çok meşguldü ve benimle yeterince ilgilenmedi	3	2	0	6	0,5
39. Doğum ekibi bana güven verdi	0	3	1	7	0,7
40. Doğumda ebe her ihtiyacım olduğunda yanımdaydı	0	3	1	7	0,7
41. Ağrım olduğu sürece ebe beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı	2	0	1	8	**0,8**
42. Doğumda bebeğimin hemen kucağıma verilmesi beni mutlu etti	3	1	0	7	0,6
Kalan Maddelerin Toplam KGİ PUANI (1,3,4,8,9,12,14,19,20,22,23,24,28,30,31,32,33,35,36,37,41)			**0,86**		

Maddelere ilişkin toplam 11 uzmanın görüşleri üzerinden her bir maddenin kapsam geçerlik oranları hesaplandı (Tablo 4.3). 42 maddeden oluşan taslak ölçekte 21 maddenin KGO değeri 0,80 ve üstü olarak bulundu.

Tablo 4.3 de gösterilen ve KGO puanları 0,5-1 arasında değişen 42 maddelik taslak ölçeğin 21 maddesi (2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 26, 27, 29, 34, 38, 39, 40, 42) KGO değeri 0,80'nın altında olduğu için taslaktan çıkartıldı. Kapsam Geçerlik İndeksi değeri, ölçekten 21 madde çıkarıldıktan sonra, α=0,05 düzeyinde anlamlı olan ve formun son şekline alınan maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden hesaplandı ve 0,86 olarak elde edildi. KGİ ve KGO değerleri karşılaştırıldığında, elde edilen KGİ (0,86) değerinin, KGO (0,80) değerinden büyük olması nedeniyle (KGİ>KGO) ölçüm aracının kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Uzman önerileri doğrultusunda, 30, 33, 35. Maddeler birleştirilerek, "Doğum ekibi doğum süresince bana özenli, saygılı ve nazik davrandı" maddesi ölçek taslağına eklendi. Bu değişikler sonucunda taslak ölçeğin madde sayısı 20 olup, uzman önerileri sonucunda eklenen 6 ifade ile birlikte DUA ölçeğinin son madde sayısı 26 olarak belirlendi.

Ölçek taslağının ifadeleri 3 Türk dili uzmanı tarafından, Türk dil yapısına uygunluğu ve anlaşılırlığı açısından değerlendirildi. Uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak taslak ölçeğe pilot uygulama öncesi son şekli verildi. Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda değişiklik yapılan, eklenen ve aynı şekilde kalan maddeler Tablo 4.4'de yer almaktadır.

Tablo 4-4: Uzman Önerileri Doğrultusunda Yapılan Değişiklikler

İlk taslak maddesinin ifadeleri (numarası)	Son taslak maddesinin ifadeleri (numarası)
Doğumhaneye kabul edilirken kendimi yalnız hissettim (1.madde)	Doğum haneye girerken ailemden ayrıldığım için kendimi yalnız hissettim (1.madde)
Doğum ekibi tarafından sıcak karşılandım (3.madde)	Doğum ekibinin beni karşılama şeklinden memnun kaldım (2.madde)
Doğum ekibinin bana kendini ve ortamı tanıtması beni rahatlattı (4.madde)	Doğumhaneye kabul edildiğimde ortamı bilmediğim için tedirgindim (3.madde)
Açlıktan enerjimin bittiğini hissettim (8.madde)	Doğum eylemi süresince çok aç kaldığımı hissettim (5.madde)
Çok susadığımı hissettim (9.madde)	Doğum eylemi süresince çok susadığımı hissettim (6.madde)
Bebeğin kalbini dinlemek için beni bağladıkları cihaz (NST) beni rahatsız etti hareketimi kısıtladı (12.madde)	Bebeğin kalp atışlarını dinlemek için bağlanan cihaz (NST) beni rahatsız etti (7.madde)
Doğum süresince ağrı ile baş etmem için ilaç dışı uygulamalar yapılması beni rahatlattı (14.madde)	Ağrıyla baş etmem konusunda doğum ekibi bana yeterince destek oldu (9.madde)
Doğum süresince istediğim pozisyonda kalabildim (20.madde)	Doğum yaptığım sırada istediğim gibi hareket edebildim” (15.madde)
Alttan muayene edilmem gerilmeme neden oldu (22.madde)	Doğum süresince alttan sık sık muayene yapılması beni rahatsız etti (8.madde)
Ikınmam konusunda yönlendirilmem beni rahatsız etti (23.madde)	Doğum sırasında ıkınmam için yapılan uyarılardan rahatsız oldum (17.madde)
Doğum süresince yanımda bir yakınımın olmaması beni rahatsız etti (24.madde)	Doğum süresince yanımda bir yakınım olmadığı için çaresiz hissettim (10.madde)
Doğum ekibi mahremiyetime dikkat etti (31.madde)	Doğum süresince yapılan uygulamalar sırasında mahremiyetime dikkat edildi (26.madde)
Doğum ekibi istediğim soruyu sorabilmem için beni destekledi (32.madde)	Doğum ekibine istediğim soruyu sorabildim (21.madde)
Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile iletişim kurdu (36.madde),	Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile konuştu (24.madde)

Tablo 4-4: Uzman Görüşleri Doğrultusunda Yapılan Değişiklikler –Devamı

Ağrım olduğu sürece ebe beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı (41.madde),	Doğum Ekibi ilaç kullanmadan ağrımı azaltmak için elinden geleni yaptı (25.madde)
6,7,10,11,13,16,17,18. maddeler birleştirildi	Doğum süresince yapılan tıbbi girişimler (serum/sonda/lavman yapılması) beni rahatsız etti maddesi eklendi (4.madde)
30,33,35 maddeler birleştirildi	Doğum ekibi doğum süresince bana özenli, saygılı ve nazik davrandı maddesi eklendi (23.madde)
Eklenmesi önerilen madde	Doğum süresince bana ayrılan özel bir alanda (oda/paravanla kapatılmış) uygulamalar yapıldı (12.madde)
Eklenmesi önerilen madde	Doğum yaptığım pozisyonda ıkınmakta zorlandım (14.madde)
Eklenmesi önerilen madde	Doğum sırasında beni izleyenlerin olması rahatsız ediciydi (18.madde)
Eklenmesi önerilen madde	Doğumhane ortamı fiziksel olarak rahat edebileceğim şekildeydi (19.madde)
Eklenmesi önerilen madde	Doğum ekibi bedenime dokunmak için izin istedi (20.madde)
Eklenmesi önerilen madde	Doğumda ağrılarım olduğunda yatmak zorunda kalmak rahatsız ediciydi (16.madde)
Aynı kalan madde (19.madde)	Doğum masasına yatarken kendimi savunmasız hissettim (13.madde)
Aynı kalan madde (28.madde)	Doğum süresince istediğim gibi ses çıkabildim (11.madde)
Aynı kalan madde (37.madde)	Doğum ekibi tedavi ile ilgili kararlara katılmamı sağladı (22.madde)

4.2.3. Pilot Uygulamaya İlişkin Bulgular

Örneklem grubu ile aynı özellikleri taşıyan 30 anne üzerinde, DUAÖ taslağının ifadelerinin anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama yapılan anneler ölçeğin anlaşılır, okunabilir olduğunu belirttiği için bu aşamada taslak ölçekte madde çıkarılmadı.

4.2.4. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Doğum Uygulamaları Uygulama Ölçeği taslağı iki aşamalı olarak uygulanmıştır. İlk aşamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett Testi ile Açımlayıcı Faktör Analizi

(AFA), ikinci aşamada ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile yapı geçerliği analiz edilmiştir.

4.2.4.1. Açımlayıcı Faktör Analizi

Tablo 4-5: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi

KMO	0,870
Bartlett Küresellik testi	3029,519
p	**<0,001**

KMO: Kaiser-Meyer Olkin

Tablo 4.5'de Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği için uygulanan AFA sonuçlarına ait KMO örneklem yeterliliği ve Bartlett küresellik testi sonuçları gösterilmektedir. 26 maddelik DUAÖ Taslağı ile yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısının örneklem yeterlilik değerine göre seçilen örneklemin yeterli olduğu (0,86>0,80) belirlendi. Bartlett küresellik testi sonucunda doğum uygulamalarını algılama ölçeği maddeleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı korelasyon olduğu (p<0,001) saptandı.

Tablo 4-6: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Faktör Sayısı Seçimine Yönelik Analiz

Faktör	Özdeğer	VAO (%)	Kümülatif VAO (%)
1	6,320	30,1	30,1
2	5,900	28,1	58,2

Tablo 4.6'da AFA sonucunda elde edilen doğum uygulamalarını algılama ölçeğinin faktör sayısı seçimine yönelik özdeğer ve varyans açıklama oranları yer almaktadır. AFA sonucunda en uygun faktör sayısı Horn'un paralel metodu ile belirlenmiş; analiz sonucunda iki faktörlü bir AFA yapısı elde edilmiştir. Bu sonuca göre, doğum uygulamalarını algılama ölçeği iki faktör ile %58.2 oranında açıklanabilmektedir.

Bu oran, %50'nin üzerinde olduğu için seçilen iki faktörün yeterli açıklama gücüne sahip olduğu kabul edilmiştir.

Tablo 4-7: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğine Ait AFA Sonuçlarının Faktör Yükleri ve Komünalite Değerleri

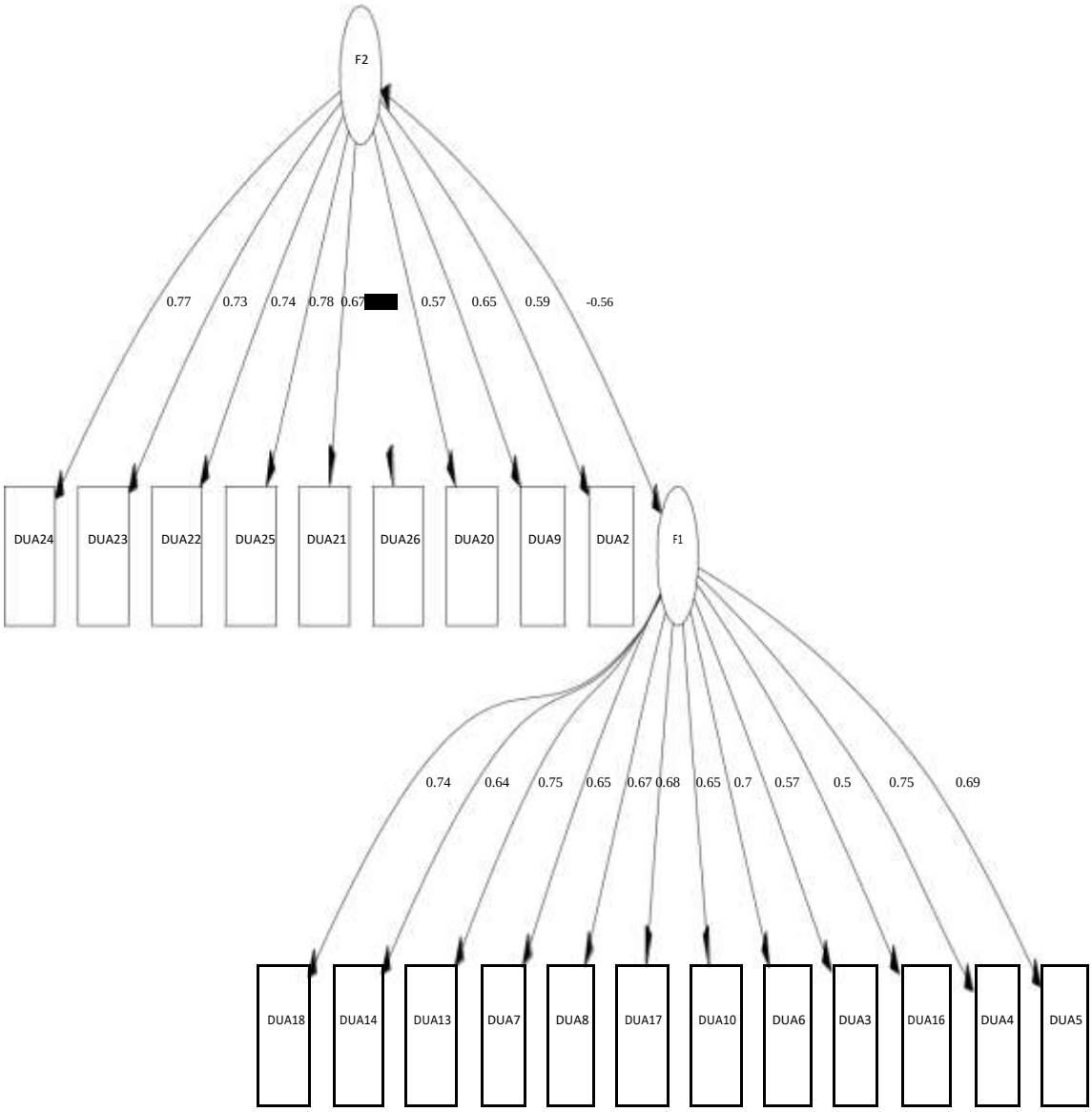
Madde	F1 (Müdahaleler)	F2 (Ekip Yaklaşımı)	Komünalite
DUA18	0,759		0,620
DUA14	0,742		0,567
DUA13	0,725		0,581
DUA7	0,721		0,566
DUA8	0,716		0,565
DUA17	0,703		0,514
DUA10	0,688		0,551
DUA6	0,681		0,475
DUA3	0,671		0,463
DUA16	0,662		0,450
DUA4	0,657		0,480
DUA5	0,600		0,390
DUA24		0,865	0,858
DUA23		0,859	0,867
DUA22		0,839	0,814
DUA25		0,829	0,695
DUA21		0,813	0,745
DUA26		0,801	0,704
DUA20		0,739	0,552
DUA9		0,650	0,428
DUA2		0,568	0,335

Tablo 4-7'de Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğine ait AFA sonucunda elde edilen iki faktöre ait faktör yükleri ve komünalite değerleri yer almaktadır. AFA sonucunda faktör yükleri birbirine çok yakın olan 1, 11, 12, 15 ve 19 numaları maddeler analizden çıkarılmıştır. Çıkarılan maddelerden sonra yapılan AFA sonuçlarına göre tüm faktör yükleri 0,50'nin üzerindedir ve maddelere ait komünalite değerleri de 0,30'dan yüksektir. Bu bulgulara göre, maddeler iki faktör altında istatistiksel açıdan doğru bir

şekilde toplanabilmektedir. AFA sonucunda belirlenen faktörler maddelerin kapsamı ve literatür ile uyumlu olarak birinci faktör ***"Müdahaleler",*** ikinci faktör de ***"Ekip Yaklaşımı"*** şeklinde isimlendirilmiştir.

4.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği yapı geçerliğinde, açıklayıcı faktör analizi ile oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. DFA tekniği uygulanırken likert tipli sıralayıcı ölçekli değişkenler için kullanımı daha uygun olarak Diagonal Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler (DWLS) tahmincisi kullanılmıştır. DFA grafiği Sekil 4.1'de verilmistir.



Şekil 4.1: Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğine ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği.

Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğine ait Şekil 4.1'de grafik şeklinde verilen DFA sonuçları, ölçeğinin alt boyutlarına ait DFA analizler Tablo 4.8'de madde bazında verilmiştir.

Tablo 4-8: Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğinin Alt Boyutlarına Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör	Madde	Beta	SH	STZ-Beta	Z-değeri	p
Müdahaleler	**DUA18**	1	-	-	-	-
	DUA14	0,752	0,06	0,643	12,510	<,001
	DUA13	1,025	0,075	0,876	13,614	<,001
	DUA7	0,744	0,061	0,636	12,292	<,001
	DUA8	0,693	0,055	0,593	12,59	<,001
	DUA17	1,038	0,077	0,888	13,46	<,001
	DUA10	0,921	0,071	0,787	12,93	<,001
	DUA6	0,720	0,057	0,616	12,671	<,001
	DUA3	0,843	0,068	0,721	12,483	<,001
	DUA16	0,528	0,05	0,451	10,664	<,001
	DUA4	1,014	0,074	0,867	13,705	<,001
	DUA5	0,780	0,060	0,667	13,087	<,001
Ekip Yaklaşımı	**DUA24**	1	-	-	-	-
	DUA23	1,034	0,075	0,663	13,856	<,001
	DUA22	1,147	0,083	0,735	13,825	<,001
	DUA25	1,263	0,091	0,809	13,888	<,001
	DUA21	0,858	0,065	0,550	13,135	<,001
	DUA26	1,097	0,078	0,703	14.082	<,001
	DUA20	0,763	0,062	0,489	12,410	<,001
	DUA9	0,833	0,064	0,534	12,944	<,001
	DUA2	0,809	0,066	0,518	12,324	<,001

Tablo 4.8'de doğum uygulamalarını algılama ölçeğinin alt boyutlarına ait DFA analizleri; tabloda her maddeye ait beta katsayıları (Beta), standart hata değerleri (SH), standardize beta katsayıları (STZ-Beta), z-istatistikleri (Z-değeri) ve anlamlılık değerleri (p) şeklinde yer almaktadır. DFA analizine göre "***Müdahaleler*** ve ***Ekip Yaklaşımı***" faktörleri altında yer alan tüm maddeler istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı şekilde

toplanmaktadır (p<0,001). Tüm maddelerin beta katsayıları pozitif ve standardize katsayılar 0,40'ın üzerinde olduğu için DFA sürecinde hiçbir madde analiz dışı bırakılmamıştır.

Tablo 4-9: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğine Ait DFA Sonuçlarının Uyum İstatistikleri

Ölçü	Uyum değeri	Uyum sonucu
p	1	Anlamlı uyum
/	0,576	Mükemmel uyum
CFI	1	Mükemmel uyum
GFI	0,981	Mükemmel uyum
AGFI	0,977	Mükemmel uyum
RFI	0,968	Kabul edilebilir uyum
NNFI	1	Mükemmel uyum
SRMR	0,062	Kabul edilebilir uyum
RMSEA	0,000	Mükemmel uyum

Tablo 4.9'da Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğine ait DFA sonucunda elde edilen uyum istatistikleri yer almaktadır. DFA sonuçlarına göre geliştirilen doğum uygulamalarını algılama ölçeği istatistiksel olarak anlamlı uyuma sahiptir (p>0,05). Uyum iyiliği istatistiklerine göre $^{2}/ = 0{,}576$ değeri 2'nin altındadır. DFA bulgularına CFI, GFI, AGFI, RFI ve NNFI değerleri de 0,975'in üzerindedir. RMSEA değeri de 0'a oldukça yakındır ve SRMR değeri de 0,10'un altındadır. Tüm uyum istatistikleri değerlendirildiğinde, Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği'nin genel sonuçlara göre mükemmel ölçüde uyuma sahip olduğu ve son derece geçerli olduğu görülmektedir.

4.2.5. Ölçüt Geçerliliğine (Eşdeğer /Paralel Formlar) İlişkin Bulgular

Ölçüt geçerliliği geçerlilik analizlerinde kullanılan başka bir yöntemdir. Bu yöntem eşzaman ve yordama geçerliliği önceden yapılmış ve geçerli bulunmuş benzer bir ölçek ile aralarındaki ilişki pearson/spearman korelasyonu analiziyle değerlendirilmektedir (Yaşlıoğlu 2017). İki formun eşdeğer olabilmesi için, formların kapsamlarının, yapısının, zorluk derecesinin, talimatların, puanlamanın, madde sayısı ve yorumlarının aynı olmalıdır. Paralel formlar ölçeğin stabilliğini ölçmektedir.

Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanabilmektedir (Şencan 2005; Yaşlioğlu 2017). Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenirlik katsayısı olarak yorumlanır. Çalışma grubumuzda iki form (Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği ile Doğum Memnuniyet Ölçeği) aynı anda uygulanmıştır.

Tablo 4-10: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği İle Doğum Memnuniyet Ölçeği Korelasyonu

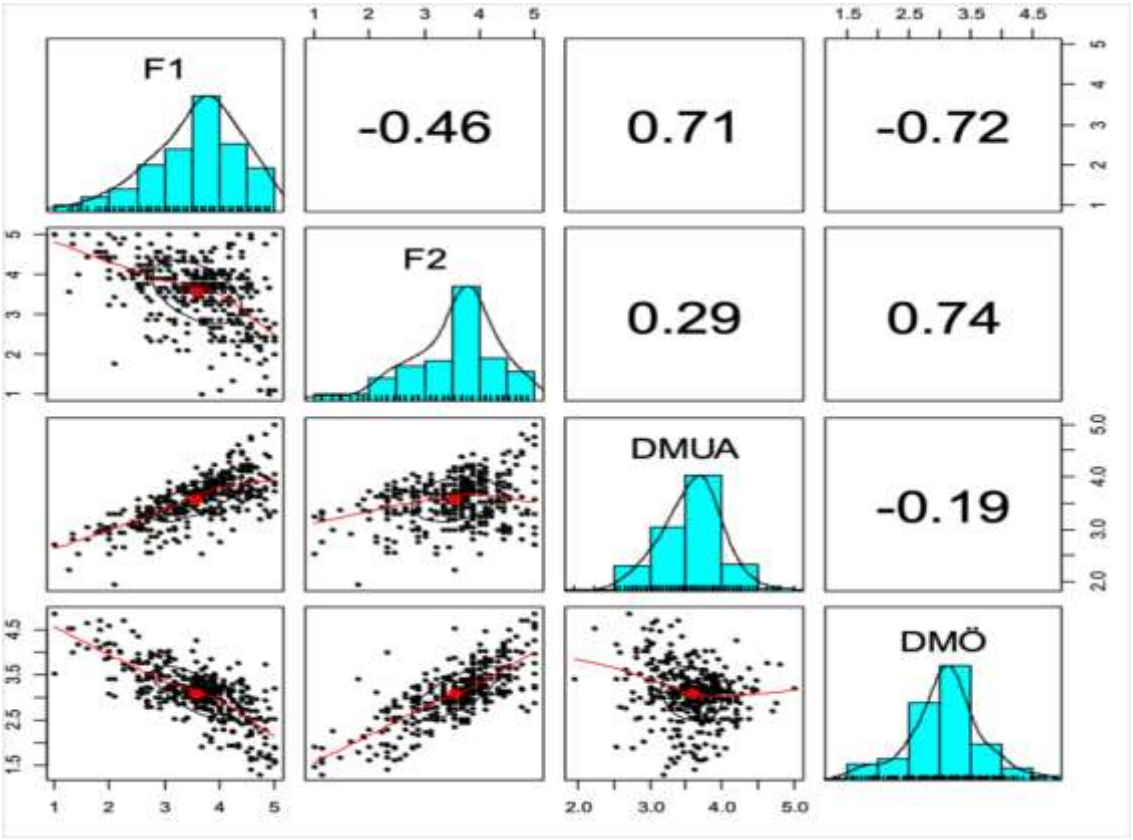
	Müdahaleler	**Ekip Yaklaşımı**	**Doğum Uygulamalarını Algılama**	**Doğum Memnuniyeti**
Müdahaleler	1	-0,461***	0,715***	-0,722***
Ekip Yaklaşımı	-0,461***	1	0,291***	0,743***
Doğum Uygulamalarını Algılama	0,715***	0,291***	1	-0,192***
Doğum Memnuniyeti	-0,722***	0,743***	-0,192***	1

****** p<0,001***

Tablo 4.10'da Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği ve iki alt boyutu ile Doğum Memnuniyet Ölçeği arasındaki ilişkilerini gösteren korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Şekil 4.2'de korelasyon analizi sonuçlarına ait serpilme diyagramları ve histogramlar da bir arada verilmiştir.

Bu sonuçlara göre, doğum uygulamalarını algılama düzeyi ve alt boyutlar ile doğum memnuniyeti düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği toplam puanı ve müdahaleler alt boyutu ile Doğum Memnuniyeti Ölçeği arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r<0$). Ekip yaklaşımı alt boyutu ile Doğum Memnuniyeti Ölçeği arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r>0$).

Geçerlilik amacı ile kullanılan Doğum Memnuniyeti Ölçeği'nin, güvenilirlik katsayısının 0,93 olduğu ve yüksek ölçüde güvenilir olduğu belirlenmiştir.



Şekil 4-2: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği ile alt boyutları ve Doğum Memnuniyet Ölçeğine yönelik serpilme diyagramı ve histogram grafikleri.

4.2.6. Güvenirliğe İlişkin Bulgular

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği taslağının güvenirliğini belirlemek için Madde Toplam Puan Korelasyon ve İç tutarlılık (Cronbach Alfa Güvenirliği) kullanılan yöntemler burada verilmiştir.

4.2.6.1. Madde Toplam Puan Korelasyonu

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği taslağının analizi için yapılan madde toplam puan korelasyon analizleri sonucu elde edilen korelasyon değerleri Tablo 4.11'de verildi.

Tablo 4-11: Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Madde	Madde-Toplam Korelasyon Analizleri	
	r	p
DUA1	0,50	p<0,001
DUA2	0,48	p<0,001
DUA3	0,56	p<0,001
DUA4	0,64	p<0,001
DUA5	0,58	p<0,001
DUA6	0,58	p<0,001
DUA7	0,61	p<0,001
DUA8	0,63	p<0,001
DUA9	0,50	p<0,001
DUA10	0,64	p<0,001
DUA11	0,46	p<0,001
DUA12	0,31	p<0,001
DUA13	0,67	p<0,001
DUA14	0,60	p<0,001
DUA15	0,44	p<0,001
DUA16	0,49	p<0,001
DUA17	0,60	p<0,001
DUA18	0,65	p<0,001
DUA19	0,42	p<0,001
DUA20	0,50	p<0,001
DUA21	0,66	p<0,001
DUA22	0,70	p<0,001
DUA23	0,71	p<0,001
DUA24	0,71	p<0,001
DUA25	0,60	p<0,001
DUA26	0,66	p<0,001

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.11'de Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğine ilişkin güvenirlik çalışması kapsamında, 26 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, korelasyon güvenirlik katsayılarının (Pearson korelasyonu/Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) r=0,31-0,71 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Bu sonuçlara göre, tüm maddelere ait madde-toplam korelasyon katsayıları 0,30'dan yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu için hiçbir soru analizden çıkarılmamıştır (Tablo 4.11).

4.2.6.2. İç tutarlık (Cronbach Alfa Güvenirliği)

Ölçeğin toplamı ve kendi içinde alt boyutlarının aynı özelliği ölçüp ölçmediğini belirlemek için iç tutarlığına bakıldı. İç tutarlığı belirlenmede Cronbach Alfa katsayısı kullanıldı.

Tablo 4-12: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği İç Tutarlılığı

Madde	Med	R	Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alfa değeri	Alfa
DUA18	4	4	0,71	0,87	
DUA14	4	4	0,66	0,87	
DUA13	4	4	0,67	0,87	
DUA7	4	4	0,66	0,87	
DUA8	4	4	0,69	0,87	
DUA17	3	4	0,62	0,88	
DUA10	4	4	0,66	0,87	**0,88**
DUA6	4	4	0,61	0,88	
DUA3	4	4	0,61	0,88	
DUA16	4	4	0,54	0,88	
DUA4	4	4	0,61	0,88	
DUA5	3	4	0,55	0,88	
DUA24	4	4	0,89	0,89	
DUA23	4	4	0,90	0,89	
DUA22	4	4	0,85	0,89	
DUA25	4	4	0,74	0,90	
DUA21	4	4	0,81	0,90	**0,91**
DUA26	4	4	0,77	0,90	
DUA20	3	4	0,63	0,91	
DUA9	4	4	0,55	0,91	
DUA2	4	4	0,52	0,92	
DUAÖ Toplam					**0,69**

Tablo 4.12’de doğum uygulamaları algılama ölçeğine ait müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları üzerinden elde edilen Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonuçları yer almaktadır. Ayrıca her alt boyut için medyan ve değişim aralığı (R) istatistikleri de tabloda belirtilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklere göre doğum uygulamalarını algılama ölçeğine ait maddelerin medyan değerleri genelde 4 puan olarak hesaplanmıştır.

Medyan değerlerine bakıldığında, katılımcıların Doğum Uygulamalarını Algılama düzeylerinin oldukça negatif olduğu sonucuna varılmaktadır.

Taslak ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayıları "*müdahaleler*'' ve ''ekip yaklaşımı" alt boyutları için sırasıyla 0,88 ve 0,91 olarak, tüm maddeleri için 0,69 olarak saptanmıştır. Düzeltilmiş madde toplam korelasyonları tüm maddeler için pozitiftir ve madde silindiğinde güvenilirlik katsayılarında anlamlı bir artış görülmemiştir. Bu bulgulara göre, doğum uygulamalarını algılama ölçeğinin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğu ve güvenilirlik analizi sonucunda madde çıkartılması gerekmediği belirlenmiştir.

4.2.7. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği

Tablo 4-13: Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Madde ve Puanları

Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Alt Boyutları	Madde Numaraları	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Müdahaleler	**1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12**	12	12	60
Ekip Yaklaşımı	**13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21**	9	9	45
Ölçek Toplamı		21	21	105

Geçerlik güvenirlik analizleri sonucu 21 maddelik, 'Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği'alt boyutları, alt boyutlarda yer alan madde sayıları ve maddelerden alınacak puanlar Tablo 4.13'de verilmiştir. İstatistiksel analizler yapıldıktan sonra DUAÖ'nin doğum uygulamalarına yönelik kadının algısını belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği, "***Müdahaleler*** (Maddeler;1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) ve ***Ekip Yaklaşımı***" (Maddeler; 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) olarak isimlendirilen, 2 alt boyuttan ve 21 maddeden oluşmaktadır (EK 11). Ölçek beşli likert tipte derecelenmiş; kesinlikle

katılıyorum=5 puan, katılıyorum=4 puan, kısmen katılıyorum=3 puan, katılmıyorum=2 puan, kesinlikle katılmıyorum=1 puan şeklinde puanlanmıştır.

Ölçekte; 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Madde puanlarının ters çevrilmesinde; kesinlikle katılıyorum= 1 puan, katılıyorum=2 puan, kısmen katılıyorum=3 puan, katılmıyorum=4 puan, kesinlikle katılmıyorum=5 puan şeklinde puanlanmıştır. Ölçek genelinden alınacak puanlar 21-105 arasında değişmektedir. Ölçek alt boyutlarının puanının kullanılması tercih edilmelidir. Ölçekte istenirse tüm sorulara verilen yanıtların toplam puanı, toplam madde sayısına (21 madde) bölünerek 1-5 aralığında puanlarda elde edilebilmektedir. Ölçek alt boyutlarında ve ölçeğin bütününde puan ortalamalarının yükselmesi, kadının doğum uygulamalarını negatif algıladığını, puan ortalamalarının düşmesi ise kadının doğum uygulamaları pozitif algıladığı şeklinde değerlendirilmektedir.

4.3. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Puan Ortalamaları İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölüm annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre iki başlık halinde incelenmiştir.

4.3.1. Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde annelerin demografik özelliklerine göre doğum uygulamaları algılama ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4-14: Annelerin Yaş Gruplarına Göre Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamaların Algılama Ölçeği	Yaş		Medyan	Min	Maks	Kruskal-Wallis testi	p
Müdahaleler	≤18[1]	4,213	4,250	2,6	5	22,216	**<0,001** *
	19-34[2]	3,619	3,750	1,2	5		
	≥35[3]	2,808	2,833	1	4,3		
Ekip Yaklaşımı	≤18[1]	2,531	2,556	1,1	4,1	14,570	**<0,001****
	19-34[2]	3,564	3,667	1	5		
	≥35[3]	3,989	4,056	2,3	5		
Ölçek Toplam Puanı	≤18[1]	3,372	3,375	2,5	4,1	10,043	**<0,001*****
	19-34[2]	3,592	3,611	1,9	5		
	≥35[3]	3,399	3,347	2,8	4,6		

p< 0,05 Kruskal-Wallis; ikili karşılaştırma * 1-2,1-3; **İkili karşılaştırma 1-2,1-3; ikili karşılaştırma 2-3***

Tablo 4.14'de katılımcıların **yaş gruplarına** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı (p< 0,001).

Çoklu karşılaştırma testleri sonucunda; 18 yaş ve altındaki katılımcıların müdahaleler alt boyutuna yönelik puanları, 35 yaş ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksek; ekip yaklaşımına göre ise anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Ayrıca 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların ekip yaklaşımına yönelik algı düzeylerinin puan ortalamaları, 19-34 yaş grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksek; toplam ölçek puanına göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 4-15: Annelerin Medeni Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Medeni durum		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	Evli	3,580	3,667	1	5	2023,5	0,084
	Bekar	4,115	4,208	2,6	5		
Ekip Yaklaşımı	Evli	3,570	3,667	1	5	994	0,106
	Bekar	3,222	3,444	2,3	4		
Ölçek Toplam Puanı	Evli	3,575	3,583	1,9	5	1770,5	0,366
	Bekar	3,668	3,708	3	4		

Tablo 4.15'de katılımcıların **medeni durumuna** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 4-16: Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Eğitim düzeyi		Medyan	Min	Maks	Kruskal-Wallis testi	p
	Okuryazar	3,500	3,083	2,8	5		
	Orta öğretim	3,618	3,750	1,2	5		
Müdahaleler	Temel					0,987	0,804
	eğitim	3,596	3,750	1	5		
	Üniversite	3,476	3,583	1	4,8		
	Okuryazar	3,356	2,778	2,3	5		
	Orta öğretim	3,622	3,667	1,6	5		
Ekip Yaklaşımı	Temel					1,086	0,781
	eğitim	3,493	3,667	1	5		
	Üniversite	3,565	3,667	1	5		
	Okuryazar	3,428	3,361	2,6	4		
	Orta öğretim	3,620	3,625	1,9	5		
Ölçek Toplam Puanı	Temel					4,011	0,260
	eğitim	3,544	3,583	2,5	4,4		
	Üniversite	3,521	3,542	2,3	4,6		

Tablo 4.16'da katılımcıların **eğitim düzeyine** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4-17: Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Çalışma durumu		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	Çalışmıyor	3,579	3,667	1	5	100064	0,467
	Çalışıyor	3,655	3,833	1,3	5		
Ekip Yaklaşımı	Çalışmıyor	3,582	3,667	1	5	8805.5	0,426
	Çalışıyor	3,456	3,556	1	5		
Ölçek Toplam Puanı	Çalışmıyor	3,580	3,611	1,9	5	8984	0,508
	Çalışıyor	3,556	3,528	2,3	4,8		

Tablo 4.17'de katılımcıların **çalışma durumlarına** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

Tablo 4-18: Annelerin Aile Tiplerine Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Aile Tipi		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U Testi	P
Müdahaleler	Çekirdek	3,554	3,667	1	5	17303,5	0,434
	Geniş	3,627	3,750	1,3	5		
Ekip Yaklaşımı	Çekirdek	3,591	3,667	1	5	18655.5	0,634
	Geniş	3,534	3,667	1	5		
Ölçek Toplam Puanı	Çekirdek	3,573	3,583	2,3	4,8	17622,5	0,628
	Geniş	3,580	3,611	1,9	5		

Tablo 4.18'de katılımcıların **aile tiplerine** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip

yaklaşımı ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-19: Annelerin Gelir Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Gelir durumu		Medyan	Min	Maks	Kruskal-Wallis testi	p
Müdahaleler	Gelir gideri karşılıyor	3,481	3,583	1,2	5	5.327	0,070
	Gelir gidere eşit	3,481	3,667	1	5		
	Gelir gideri karşılamıyor	3,677	3,750	1	5		
Ekip Yaklaşımı	Gelir gideri karşılıyor	3,478	3,556	1,1	5	1,460	0,482
	Gelir gidere eşit	3,602	3,667	1	5		
	Gelir gideri karşılamıyor	3,564	3,667	1	5		
Ölçek Toplam Puanı	Gelir gideri karşılıyor[1]	3,479	3,472	2,4	4,4	8.070	**0,018***
	Gelir gidere eşit[2]	3,541	3,514	1,9	5		
	Gelir gideri karşılamıyor[3]	3,621	3,639	2,5	4,8		

p< 0,05 Kruskal-Wallis; ikili karşılaştırma 1-3

Tablo 4.19'da katılımcıların **gelir durumuna** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Gelir durumuna göre ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05). Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği için gelir durumu gruplarına göre uygulanmış çoklu karşılaştırma testi sonucunda; geliri gideri karşılamayan katılımcıların doğum uygulamalarını algılama ölçeği toplam puanı, gelir gideri karşılayan bireylere kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur.

4.3.2. Annelerin Obstetrik Özelliklere Göre Doğum Uygulama Algılama Ölçeğinin Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde annelerin obstetrik özelliklerine göre Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır.

Tablo 4-20: Annelerin Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Gebelik planlama		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	Planlı	3,692	3,750	1,2	5	10810	**<0,001***
	Plansız	3,249	3,250	1	5		
Ekip Yaklaşımı	Planlı	3,516	3,667	1	5	16085.5	**0,028***
	Plansız	3,719	3,778	1	5		
ÖlçekToplam Puanı	Planlı	3,604	3,611	1,9	5	16579	**0,007***
	Plansız	3,484	3	3	4,3		

p< 0,05

Tablo 4.20'de katılımcıların **gebeliği planlama durumuna** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Farklar incelendiğinde planlı gebelik yaşayan katılımcıların müdahaleler alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları plansız gebelik yaşayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir. Plansız gebelik yaşayan katılımcıların ise ekip yaklaşımı alt boyutunda puan ortalaması planlı gebelik yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4-21: Annelerin Toplam Gebelik Sayısına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Toplam gebelik sayısı		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	Primipar	3,975	4,000	1,2	5	24041	**<0,001***
	multipar	3,382	3,583	1	5		
Ekip Yaklaşımı	Primipar	3,314	3,556	1	5	12065,5	**<0,001***
	multipar	3,697	3,778	1	5		
Ölçek Toplam Puanı	Primipar	3,645	3,625	1,9	4,8	19265,5	**<0,001***
	multipar	3,540	3,569	2	5		

p< 0,05

Tablo 4.21'de katılımcıların **toplam gebelik sayısına** göre alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Farklar incelendiğinde primiparlarda müdahaleler alt boyutu puanı ve ölçek toplam puanı multiparlardan daha yüksektir. Multiparlarda ekip yaklaşımı alt boyut puanları primiparlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tablo 4-22: Annelerin Doğuma Hazırlık Eğitimine Katılma Durumlarına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Doğum hazırlık eğitimine katılma		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	Hayır	3,622	3,750	1	5	4535.000	**0,019***
	Evet	3,004	2,917	1	4.7		
Ekip Yaklaşımı	Hayır	3,554	3,667	1	5	3177	0,574
	Evet	3,713	3,667	2	5		
Ölçek Toplam Puanı	Hayır	3,588	3,611	1,9	5	4623,500	**0,011***
	Evet	3,359	3,278	3	4		

p<0,05

Tablo 4.22'de katılımcıların **doğum hazırlık eğitimine katılma durumuna** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler alt boyutu ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Farklar incelendiğinde doğum hazırlık eğitimine katılmayan bireylerin müdahaleler alt boyutu ve ölçek toplam puanı, doğum hazırlık eğitimine katılan bireylerden anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tablo 4-23: Annelerin Yaptırdığı Tanı Testine Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Tanı testi		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	Akıllı test	3,597	3,667	1	5	2029	0,612
	Amniyosentez	3,350	3,542	1	4,7		
Ekip Yaklaşımı	Akıllı test	3,564	3,667	1	5	1893	0,912
	Amniyosentez	3,500	3,611	1,7	5		
Ölçek Toplam Puanı	Akıllı test	3,581	3,597	1,9	5	2360,5	0,141
	Amniyosentez	3,425	3,306	3	4		

Tablo 4.23'de katılımcıların **yaptırdığı tanı testine** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

Tablo 4-24: Annelerin Kontrol Sayısına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Kontrol sayısı		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	4'ten fazla	3,601	3,750	1	5	2560	0,229
	4 ya da daha az	3,382	3,250	2	5		
Ekip Yaklaşımı	4'ten fazla	3,570	3,667	1	5	2818	0,533
	4 ya da daha az	3,405	3,444	1	5		
Olçek Toplam Puanı	4'ten fazla	3,585	3,597	1,9	5	2472	0,161
	4 ya da daha az	3,394	3,361	2	4,1		

Tablo 4.24'de katılımcıların **kontrol sayısına** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve

ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-25: Annelerin Doğum Sırasında Vajinal Açıklık Boyutuna Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Vajinal açıklık boyutu		Medyan	Min	Maks	Mann-Whitney U testi	p
Müdahaleler	5 cm'den az	3,684	3,792	1	5	15005	**<0,001***
	5 cm ve fazla	3,184	3,167	1	5		
Ekip Yaklaşımı	5 cm'den az	3,530	3,667	1	5	9370,5	0,051
	5 cm ve fazla	3,701	3,889	1	5		
Ölçek Toplam Puanı	5 cm'den az	3,607	3,611	1,9	5	13790	**<0,001***
	5 cm ve fazla	3,443	3,444	2	4,7		

p< 0,05

Tablo 4.25'de katılımcıların **doğum sırasında vajinal açıklık boyutuna** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05). Doğum sırasında vajinal açıklık boyutuna göre ekip yaklaşımı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

Farklılıklar incelendiğinde vajinal açıklık boyutu 5 cm'den az olan katılımcıların müdahaleleri alt boyutu puanı ve ölçek toplam puanı vajinal açıklığı 5 cm ve daha fazla olan bireylerden anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tablo 4-26: Annelerin Doğumdan Sonra Geçen Gün Sayısına Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Doğum sonra geçen gün sayısı		Medyan	Min	Maks	Kruskal-Wallis testi	p
Müdahaleler	1.gün[1]	3,582	3,750	1	5	6,252	**0,044***
	2.gün[2]	3,625	3,750	1	5		
	2 günden fazla[3]	2,688	2,542	2,5	3,1		
Ekip Yaklaşımı	1. gün	3,579	3,667	1	5	1,630	0,443
	2.gün	3,529	3,667	1	5		
	2 günden fazla	3,972	3,889	3,6	4,4		
Ölçek Toplam Puanı	1. gün	3,581	3,597	1,9	4,8	2,531	0,282
	2. gün	3,577	3,611	2,3	5		
	2 günden fazla	3,330	3,306	3,1	3,5		

p< 0,05 Kruskal-wallis karşılaştırma* 1-3, 2-3.

Tablo 4.26'da katılımcıların **doğumdan sonra geçen gün sayısına** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, ekip yaklaşımı alt boyut puanı ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Doğumdan sonra geçen gün sayısına göre doğum uygulamaları alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05).

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği için doğumdan sonra geçen gün sayısına göre uygulanmış çoklu karşılaştırma testi sonuçları incelendiğinde; doğumdan sonra 2. gününde araştırmaya katılan bireylerin müdahaleler alt boyutu puanı, doğumdan sonra 1. gününde ve 2. gününden sonra araştırmaya katılan bireylere kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4-27: Annelerin Doğumda Hastanede Geçen Süreye Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Doğumda hastanede geçen süre		Medyan	Min	Maks	Kruskal-Wallis testi	p
Müdahaleler	Mult≥10 saat[1]	4,128	4,167	2,1	5	57,785	**<0,001***
	Prim<12 saat[2]	3,371	3,542	1	5		
	Prim≥12 saat[3]	3,561	3,667	2	4,9		
	Mult<10 saat[4]	3,822	3,917	1,2	5		
Ekip Yaklaşımı	Mult≥10 saat[1]	3,196	3,333	1	4,7	24,424	**<0,001****
	Prim<12 saat[2]	3,698	3,778	1	5		
	Prim≥12 saat[3]	3,681	3,444	2,6	5		
	Mult<10 saat[4]	3,433	3,667	1,1	5		
Ölçek Toplam Puanı	Mult≥10 saat[1]	3,729	3,762	2,5	4,4	18,920	**0,008*****
	Prim<12 saat[2]	3,511	3,571	2,5	5		
	Prim≥12 saat[3]	3,613	3,619	2,9	4,7		
	Mult<10 saat[4]	3,655	3,714	1,9	4,8		

p< 0,05 Kruskal-Wali; ikili karşılaştırma *2-1, 3-1; **İkili karşılaştırma 2-1, 3-1; ikili karşılaştırma 2-1***

Tablo 4.27'da katılımcıların **doğumda hastanede geçen süreye** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p<0,05).

İstatistiksel olarak anlamlı farklar bulunan ölçek alt boyutu ve ölçek toplam puanları için doğumda hastanede geçen süreye (saat) göre uygulanmış çoklu karşılaştırma testleri sonucunda; Mult<10 saat olan katılımcıların müdahaleler açısından doğum algılamalarını algılama düzeyi; Prim<12 ve Prim≥12 saat olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Ancak Mult<10 saat olan katılımcıların ekip yaklaşımı açısından doğum algılamalarını algılama düzeyi; Prim<12 ve Prim≥12 saat olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Mult<10 saat olan

katılımcıların ölçek toplam puanları açısından doğum uygulamalarını algılama düzeyleri; Prim<12 saat olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4-28: Annelerin Beden Kitle İndeksine Göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği	Beden Kitle İndeksi		Medyan	Min	Maks	Kruskal-Wallis testi	p
	Zayıf[1]	4,750	4,750	4,750	4,750		
	Norma[2]	3,678	3,875	2	5		
Müdahaleler	Hafif şişman[3]	3,717	3,750	1,2	5	30,845	**<0,001***
	Obez[4]	3,436	3,583	1	5		
	Aşırı obez[5]	2,697	2,833	1	3,8		
	Zayıf[1]	1,778	1,778	1,7	1,7		
	Normal[2]	3,567	3,778	1,7	5		
Ekip Yaklaşımı	Hafif şişman[3]	3,470	3,667	1	5	24,193	**<0,001 ****
	Obez[4]	3,660	3,778	1	5		
	Aşırı obez[5]	4,205	4,333	3	5		
	Zayıf[1]	3,264	3,264	3,24	3,264		
	Normal[2]	3,622	3,611	1,9	5		
Ölçek Toplam Puanı	Hafif şişman[3]	3,594	3,625	2,4	4,8	6,165	0,187
	Obez[4]	3,548	3,528	2,3	4,7		
	Aşırı obez[5]	3,451	3,389	2,9	4,1		

p< 0,05 Kruskal-Walls; ikili karşılaştırma *5-2, 5-3, 5-4; 5-2 ,5-3, 5-4 **İkili karşılaştırma

Tablo 4.28'de katılımcıların **beden kitle indeksine** göre Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları incelendiğinde, müdahaleler ve ekip yaklaşımı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<,001). Beden kitle indeksine göre ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

İstatistiksel olarak anlamlı farklar bulunan ölçek alt boyutu ve ölçek toplam puanları için BKİ gruplarına göre uygulanmış çoklu karşılaştırma testleri sonucunda; aşırı obez olan bireylerin müdahaleler alt boyutu puanı zayıf, normal, hafif şişman ve obez

olan bireylere kıyasla anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Ancak aşırı obez olan bireylerin ekip yaklaşımı alt boyut puanları zayıf, normal, hafif şişman ve obez olan bireylere kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma kapsamında, kadınların doğumda yapılan uygulamalar ile ilgili algılarını değerlendirmek amacıyla ‘‘Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ)’’ geliştirilmiştir. Doğal bir süreç olan doğum eyleminde yapılan uygulamaların, kadınlar tarafından nasıl algılandığının değerlendirilmesi ile normal doğuma ilişkin sorunların belirlenmesi, doğumun travmatik olarak algılanmasının önlenmesi, normal doğumun desteklenmesi açısından önemlidir. DUAÖ doğum yapan kadınların; doğumhane ve obstetrik servislerde doğum uygulamalarını değerlendirmek, doğum algısının postpartum etkisini izlenmek amacıyla kullanılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (2018) Pozitif Bir Doğum için İntrapartum Bakım Rehberinde pozitif doğum deneyiminin önemine dikkat çekmektedir (WHO 2018). Araştırmalar doğum deneyiminin sadece doğum sürecini değil, yaşamın tüm aşamalarını etkileyen bir deneyim olduğunu belirtmektedir (Hildingsson ve ark. 2013; Bell ve Andersson 2016; Henriksen ve ark. 2017). Negatif doğum deneyimi kadın, çocuk ve ailede fiziksel ve psikolojik birçok olumsuz yaşantılara neden olmaktadır (Karlström ve ark. 2015; Bell ve Andersson 2016; Henriksen ve ark. 2017). Doğumda yapılan uygulamaların, kadının doğumu algılamasını ve postnatal dönemde; annenin fiziksel ve psikolojik sağlığını, emzirmeyi, anne bebek bağlanmasını, bebek bakımı gibi süreçleri negatif yönde etkilediği belirtilmektedir (Hildingsson ve ark. 2013; Henriksen ve ark. 2017; Şentürk ve Çiçek 2018; Hosseini ve ark. 2020). DSÖ doğum yapan kadınların pozitif doğum deneyimi yaşamak konusunda isteklerinin arttığına vurgu yapmaktadır (WHO 2018). Kadınların doğum uygulamalarına yönelik algılarının güvenilir tarama araçları kullanarak belirlenmesi kadın sağlığı ve toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir. Güvenilir tarama araçları ile belirlenen sorunlara göre intrapartum ve postpartum bakımı planladığında, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve dolayısıyla hasta memnuniyeti artacaktır (Hauck ve ark. 2007; Coşar ve Demirci2012).

Literatürde doğum deneyimine ilişkin geliştirilen ölçekler incelendiğinde; kadınların doğum deneyimleri, beklentileri, algıları veya duygularını belirlemeye yönelik bazı ölçekler olduğu, ancak sıklıkla yapılan müdahaleleın kadın tarafından değerlendirildiği ölçeklerin sınırlı olduğu görülmüştür.

Optimalite İndeksi-Türkiye (Oİ-TR) (Yucel ve ark. 2015) ölçeğinin kapsamı DUAÖ benzemektedir ancak klinikte kullanılmak üzere daha pratik bir araca gereksinim olduğu düşünülmektedir.

İlk kez geliştirilen DUAÖ geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Son hali 21 madde ve iki alt boyuttan (müdahaleleri ve doğum ekibinin yaklaşımı) oluşan ölçekten alınan puanlar arttıkça doğumun uygulamalarının negatif algılandığı şeklinde değerlendirilmektedir. DUAÖ, DSÖ (2018) İntrapartum Bakım Modeline temellendirerek hazırlanmıştır. DSÖ'nün çizdiği çerçevede pozitif doğum deneyimi için doğumda yapılan uygulamaların kadına etkisinin somut bir şekilde belirlenmesi, rahatsız edici uygulamaların ve bakımın düzeltilmesi açısından ipucu sağlayacaktır. Çalışma verileri, DUAÖ geçerlik ve güvenirliği ve annelere ait değişkenler ile DUAÖ puanlarının karşılaştırılması başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir değişkenin gerçek değerini ölçmek için yararlanılan ölçme aracının geçerli ve güvenilir ölçüm yapması gerekmektedir (DeVellis ve Totan 2017). Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka bir özellikle karıştırmadan hatasız bir şekilde ölçmesidir. Güvenirlik, aracın ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla (ayrı ayrı ölçümlerde benzer sonuçlar elde etme) ölçtüğünün derecesidir (Karakoç ve Dönmez 2014; Özdamar 2017). Bu bölümde DUAÖ için yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışma sonuçları tartışılmıştır.

5.1.1. Geçerlilik

Çalışmanın niteliğine göre değişmekle birlikte geçerlilik kapsamında; ***yorumsal*** (ölçek işlevselliği) geçerlik, ***ölçüte dayalı*** geçerlik ve ***yapı*** geçerliliğine bakılmaktadır. Yorumsal (ölçek işlevselliği) geçerlik ise görünüş ve içerik (kapsam) geçerliliği yöntemleri ile yapılmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014).

Kadınların doğumda yapılan uygulamaları değerlendirilmesine özgü faktörlerin ölçeğin kapsamına alınması amaçlanmıştır. Geliştirilen ölçeğe uygun amacın ortaya koyulmasından sonra ilk basamak geniş bir madde havuzu hazırlanmasıdır (DeVellis ve Totan 2017). Madde havuzu oluşturulurken maddelerin literatür dayandırılması, ölçeği uygulayacak olan popülasyonun konu ile ilgili görüşlerinin alınması, ölçülecek yapının sınırlarının belirlenmesi ve madde havuzunun nihai ölçeğin 2-3 katı madde içermesi

önerilmektedir (Bakioğlu ve ark. 2014; Seçer 2015; DeVellis ve Totan 2017; Özdamar 2017).

"Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği" madde havuzu oluşturulurken, kanıta dayalı güncel literatürler, ulusal ve uluslararası rehberler ve benzer kapsamdaki ölçeklerden yararlanılmıştır. Literatür taramasında, doğum uygulamaları ve doğum uygulamaları sırasında kadınların deneyimini etkileyen temel faktörler belirlenmiştir (Martin ve Fleming 2011; Gungor ve Beji 2012; Yucel ve ark. 2015; Bohren ve ark.2015; Aune ve ark. 2015; Alliman ve Phillippi 2016; Bell ve Andersson 2016; Colley ve ark. 2018; WHO 2018; ACOG 2019; Aksoy ve ark. 2020). Literatürde doğum deneyimi ve memnuniyeti etkileyen faktörleri etkileyen risk faktörleri; doğuma katılım, ebe/hemsire desteği olumlu deneyimlerle ilişkili bulunurken, anksiyete, ağrı ve ilk doğum, doğumda indüksiyon, sezaryen doğum, müdahaleli doğum, beklenmeyen tıbbi sorunlar ve girişimler, kadının doğum sırasındaki duyguları ve bakım veren kişilerin sorularına zaman ayırmaması, doğumda yetersiz desteği vb olumsuz deneyimleriyle ilişkili bulunmuştur (Hildingsson ve ark. 2013; Aune ve ark. 2015; Aktaş ve Aydın 2019; Hosseini ve ark. 2020).

Ülkemizde doğumda müdahaleler yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye'de doğumda yapılan müdahalelere bakıldığında, 2020 yılında kadınların doğum deneyimleri ve beklentilerini incelemek amacıyla Türkiye de yapılan bir çalışmada (n:331), en sık uygulanan müdahaleler; yeme-içmenin kısıtlaması (%100), indüksiyon (%85,8), lavman (%75,8), amniyotomi (%45,9), sürekli elektronik fetal izleme (%43,5), fundal basınç (%52,9) ve epizyotomi uygulaması (%88,8) olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunun (%83) doğum sırasında hareketsiz kaldığı, hepsinin yatar pozisyonda doğum yaptığı, %63,4'ünün sağlık personelinden kısmen destekleyici bakım aldığı ve %73,4'ünün doğumda karar verme sürecine dahil edilmediği görülmüştür (Daşıkan ve ark. 2020).

Dünya Sağlık Örgütü 2018'de İntrapartum Bakım Rehberindeki önerilerden ve İntrapartum Bakım Modelinden yola çıkılarak, literatürde en fazla vurgulanan faktörlere uygun olarak doğumda yapılan müdahalelera yönelik 65 ifadeyi içeren bir madde havuzu oluşturulmuştur (WHO 2018). Madde havuzu oluşturulurken; "Doğum Memnuniyet Ölçeği" (Çoşar ve ark. 2017), "Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" (Gungor ve Beji 2012), "Optimalite İndeksi- Türkiye" (Yucel ve ark. 2015), "Doğum Deneyimi Ölçeği" (Mamuk ve ark. 2019), "Tramvatik Doğum Algısı Ölçeği" (Yalnız ve

ark. 2017), “Doğumda Algılanan Destek ve Kontrol Ölçeği” (Inci ve ark. 2015), “Doğum Konfor Ölçeği”(Coşkuner Potur ve ark. 2015), “Doğum Tatmin Ölçeği”(Göncü ve ark. 2018), “Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği” (Uludağ 2013) ölçeklerin kapsamından yararlanılmıştır. Tez izlem jürisi ve danışman önerileri ile benzer içerikteki bazı maddelerin çıkarılması ile madde havuzunda 42 ifade kalmıştır.

Madde havuzu oluşturulurken içerikten bağımsız bir şekilde maddelerin işaretlenmesinin doğuracağı yanlılıktan kaçınmak için tüm maddelerin sadece olumlu veya sadece olumsuz bir biçime ifade edilmesinden kaçılması önerilmektedir. Ölçekte her madde dili geçmiş zaman ifadesinde, dil bilgisi kurallarına uygun olarak, kısa, net ve anlaşılır şekilde yazılmıştır (Erkuş 2012; DeVellis ve Totan 2017). DUAÖ madde havuzunda olumlu ve olumsuz ifadelere yer verilmiş, olumsuz (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.) maddeler ters puanlanmıştır.

Ölçeğin uygulanacağı popülasyonun görüşlerinin alınarak madde havuzunun oluşturulması önerilmektedir (Erkuş 2012; Seçer 2015; DeVellis ve Totan 2017). Çalışmanın yapıldığı hastanede doğum yapan 12 kadın ile yaklaşık 15 dk süren bireysel görüşmeler yapılarak, doğum uygulamalarına yönelik görüşleri sorulmuş ve taslak ölçeğin oluşturulmasında bu görüşlerden de yararlanılmıştır.

Ölçeklerde en yaygın kullanılan özgün yanıtlama biçimleri arasında likert tip yer almaktadır (Bakioğlu ve ark. 2014; Seçer 2015; DeVellis ve Totan 2017). Likert ölçeklerde 3-11 arasında derecelendirme yapılabilmektedir. Litertürde 5 veya 7 derecelendirmenin geçerlilik ve güvenirlilik açısından daha doğru sonuçlar verdiği belirtilmektedir (Erkuş 2012; Seçer 2015; Dursun ve Alnıaçık 2019). DUAÖ geliştirirken 5’li Likert tip dereceleme tercih edilmiştir.

5.1.1.1. İçerik (Kapsam) Geçerliliği

DUAÖ Yorumsal geçerliliği, içerik (kapsam) geçerliliği yöntemi ile yapılmıştır. Bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğinin anlaşılması kapsam geçerliliğidir (Karakoç ve Dönmez 2014; Yeşilyurt ve Çapraz 2018). Hazırlanan 42 maddelik havuzu kapsam geçerliliğini değerlendirmek için konu ile ilgili 11 uzman görüsüne sunulmuştur. Kapsam geçerliliğinin hesaplanması için uzman sayısının 5-40 arasında olması önerilmektedir (Yeşilyurt ve Çapraz 2018). Uzman görüşleri Davis (1992) tekniğine göre değerlendirilmiştir. Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ile maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılırlığı ve önem derecesi belirlenmiştir.

KGİ 0,80 olması kabul edilebilir bir düzeydir. 42 maddelik ölçek taslağından KGİ değeri 0,80'nin altında kalan 21 madde ölçek taslağından çıkarılmıştır. Nihai forma alınan maddelerin toplam KGO 0,86 olarak hesaplanmıştır. KGİ ve KGO değerleri karşılaştırıldığında, elde edilen KGO (0,86) değerinin KGİ (0,80) değerinden büyük olması (KGO>KGİ) ölçüm aracının kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (Davis 1992). DUAÖ kapsam geçerliliğinin oldukça iyi olduğu söylenebilir. Önerilen diğer bir yöntem, aynı kapsamdaki geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçme aracı ile korelasyonunun hesaplanmasıdır (Karakoç ve Dönmez 2014).

Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde verilerin toplanacağı örnekleme yakın özellikler gösteren bir guruba pilot uygulama yapılması önerilmektedir (Tezbaşaran 1997; Erkuş 2012). Bu çalışmada taslak ölçeğin 26 maddelik şekli örneklemle benzer özellik gösteren 30 kadına uygulanmıştır. Pilot uygulama yapılan anneler ölçeğin anlaşılır, okunabilir olduğunu belirttiği için bu aşamada taslak ölçekte madde çıkarılmamıştır.

5.1.1.2. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliği ölçeğin kavramsal yapıyı ölçme yeteneği ve ne kadar doğru ölçtüğünü göstermektedir. Yapı geçerliğinde; faktör analizi, benzer ölçek geçerliği ve yapısal eşitlik modellemesi en çok kullanılan yöntemler olmakla birlikte; iç tutarlık analizi, hipotez testi, sağlama geçerliği, çoklu yöntem matrixi, şablonların eşleşmesi teorisi gibi yöntemler de kullanılabilmektedir (Strauss ve Smith 2009; Karakoç ve Dönmez 2014; Özdamar 2017; Yaşlioğlu 2017; Şimşek 2020).

Geliştirilmekte olan ölçek maddeleri arasında ki düzeni incelemek için faktör analizi yapılarak belirli başlıklar altında toplanabilmektedir (Shrestha 2021). Analize göre maddelerin çıkartılması veya eklenmesi ile analiz tekrarlanmaktadır. Faktör analizinde madde korelasyonlarına bakılmaktadır. Kendi aralarında yüksek ilişki gösteren maddeler alt boyutları oluşturmaktadır. Faktör analizinde değişkenler arasındaki ilişki doğrusal olmadığında değeri azalmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014; Şencan ve Fidan 2020).

"Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği Taslağı" iki aşamalı olarak uygulanmıştır. İlk aşamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett Testi ile Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA), ikinci aşamada ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile yapı geçerliği analiz edilmiştir. AFA ile bir yapı ortaya konulmakta ve bu yapının DFA ile doğrulanması beklenmektedir (Erkorkmaz ve ark. 2013; DeVellis ve Totan 2017;

Watkins 2018). Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğünün değişken sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir (Uyumaz ve Sirganci 2020). DUAÖ geliştirme çalışmasında örneklem büyüklüğü değişken sayısının 15 katı olarak alınmıştır. Kaiser Meyer Olkin (KMO) ile faktör analizi için örneklem yeterliliği değerlendirilmiştir. KMO için değerlerin 0,60'ın üzerinde olması (0,80-0,90 değer aralığı çok iyi) beklenmektedir (Büyüköztürk 2002; Özdamar 2017). DUA ölçeği için (KMO katsayısı 0,87) bu çalışmada örneklemin faktör analizi için yeterli (çok iyi) olduğu belirlenmiştir.

Bartlett Küresellik testi ile mevcut maddelerin ilişkisi, ölçeğin alt boyutları belirlenmektedir. Barlett Küresellik testi $p<0,05$ ise ölçekteki maddelerin birbiriyle korelasyonun olduğunu, ölçeğin alt boyutlarını ölçmede etkin olduğunu göstermektedir (Özdamar 2017). Bartlett küresellik testi ile DUA ölçeği maddeleri arasında ileri düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). Literatüre bakıldığında; Tramvatik Doğum Algısı Ölçeği KMO değerinin 0,85 ve Barlett testi ($p= 0,001$) (Yalnız ve ark. 2017) dağılımının yeterli olduğu, Doğum Memnuniyet Ölçeğinin, KMO değerinin 0,50'nin üzerinde ve Bartlett testi ($p=0,05$) dağılımının yeterli olmadığı görülmüştür (Çoşar ve ark 2015). Sonuç olarak, faktör analizine ait bulguların literatürdeki örneklere benzer ve teorik yapı ile uyumlu iki boyutlu bir yapı ortaya çıktığı görülmektedir.

DUAÖ faktör yapısının incelenmesinde AFA yöntemleri kullanılmıştır. AFA tekniği uygulanırken likert tipli sıralayıcı ölçekli veriler için kullanımı daha uygun olarak polikorik korelasyon matrisi kullanılmıştır (Şencan ve Fidan 2020). AFA sonucunda en uygun faktör sayısı likert tipte ölçekler de kullanılması önerilen Horn'un paralel metodu ile belirlenmiştir (Şencan ve Fidan 2020). Faktör sayısının anlamlı boyutta olması için öz değeri'nin 1'den büyük olması gerekmektedir (Yavuz ve Doğan 2015). DUAÖ taslağında AFA sonucunda elde edilen özdeğer 1'den büyük olarak bulunmuştur. Analiz sonucunda iki faktörlü bir AFA yapısı elde edilmiştir. Bu sonuca göre DUAÖ iki faktör ile %58.2 oranında açıklanabilmektedir. Bu oran %50'nin üzerinde olduğu için seçilen iki faktör yeterli açıklama gücüne sahiptir (Yaşlioğlu 2017; Akyüz 2018). Faktör analizinde maddelerin ilgili kavram veya yapıyı doğru şekilde ölçtüğünün bir göstergesi olarak değerlendirilen maddelerin yük değerlerinin 0,30'dan büyük (tercihen 0,40 - 0,45 üzerinde) olması önerilmektedir (Erkorkmaz ve ark. 2013). Doğum Uygulamaları

Algılama Ölçeği taslağı toplam 26 madde ile yapılan ilk DFA faktör yükleri birbirine çok yakın olan (1, 11, 12, 15 ve 19) maddeler analizden çıkarılmıştır. Kalan 21 madde ile tekrar yapılan AFA sonuçlarına göre tüm faktör yükleri 0,50'nin üzerindedir ve maddelere ait komünalite değerleri 0,30'dan yüksektir. Buna göre maddeler iki faktör altında istatistiksel açıdan doğru bir şekilde toplanabilmektedir. DUAÖ **"*müdahaleler*" ve "*ekip yaklaşımı*"** olarak iki alt boyuttan oluşmuştur. Bu alt boyutlar kavramsal açıdan literatür ve ölçek kapsamı ile uyumludur. Doğum uygulamaları algılama ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizinde ordinal veriler söz konusu iken oluşabilecek hataları minimum düzeye indirebilmek için literatürde daha doğru bir yaklaşım olarak önerilen Diyagonal Olarak Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler (DWLS) tahmincisi kullanılmıştır (Wallentin ve ark 2010). Uyum iyiliği istatistiklerine göre $^{2}/\quad = 0.576$ değeri 2'nin altındadır. DFA bulgularına CFI, GFI, AGFI, RFI ve NNFI değerleri de 0.975'in üzerindedir. RMSEA değeri de 0'a oldukça yakındır ve SRMR değeri de 0.10'un altındadır. Tüm uyum istatistikleri değerlendirildiğinde, doğum uygulamalarını algılama ölçeğinin genel sonuçlara göre mükemmel ölçüde uyuma sahip olduğu ve son derece geçerli olduğu görülmektedir (Wallentin ve ark 2010).

5.1.1.3. Ölçüte Dayalı Geçerlilik

Ölçüte dayalı geçerlilik *eşzaman ve yordama* geçerliği ile yapılmaktadır. Eşzaman geçerliğinde, katılımcıların geliştirilen ölçekten aldıkları puanlar ile önceden yapılmış ve geçerli bulunmuş benzer bir ölçekten alınan puanlarının korelasyonuna bakılmaktadır. Ölçeğin kararlılığı, geliştirilen ölçek taslağı ile geçerliliği kanıtlanmış başka bir ölçek arasındaki ilişki (korelasyonu) incelenir (Bakioğlu ve ark. 2014; Karakoç ve Dönmez 2014). İki formun eşdeğer olabilmesi için, formların kapsamlarının, yapısının, zorluk derecesinin, talimatlar, puanlama, madde sayısı ve yorumları benzer olması ve yüksek bir korelasyon göstermesi beklenmektedir. Paralel formlar yöntemi ile ölçeğin stabilliği ölçülebilmektedir. Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda veya aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanabilmektedir (Erkuş 2012; Seçer 2015; Özdamar 2017; Karakoç ve Dönmez 2014).

Çalışmamızda DUAÖ Taslağına eşdeğer form olarak, Hollins Martin ve Fleming (2011) tarafından geliştirilen, Coşar, Sezer ve Doğan Merih tarafından (2015) Türkçeye uyarlanan Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ) seçilmiş ve DUAÖ ile aynı anda uygulanmıştır. DUAÖ düzeyi ve alt boyutlar ile DMÖ düzeyi arasında istatistiksel olarak

ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,001). Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği ve müdahaleler alt boyutu ile Doğum Memnuniyeti Ölçeği arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur (r<0). Ekip yaklaşımı alt boyutu ile Doğum Memnuniyeti Ölçeği arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (r>0).

5.1.2. Güvenilirlik

Ölçüm aracının ölçmedeki kararlılığı, tutarlılığı güvenirlik yöntemleri ile incelenmektedir. Güvenirlik yöntemleri; test-tekrar test, eşdeğer (paralel) form ve iç tutarlık (yarıya bölme, Kuder-Richardson güvenirlik katsayıları, Cronbach Alfa güvenik katsayısı) ve puanlama tutarlılığı şeklindedir (Erkuş 2012; Seçer 2015; Özdamar 2017). DUAÖ taslağının güvenirliğini belirlemek için madde toplam puan korelasyonu ve İç tutarlılık (Cronbach Alfa Güvenirliği) yöntemleri kullanılmıştır.

Ölçeğin kararlılığı paralel formlar yöntemi ve iç tutarlığı Cronbach Alfa katsayıları değerlendirilmiştir (Tavakol ve Dennick 2011; Karakoç ve Dönmez 2014).

5.1.2.1. Madde Toplam Puan Korelasyon

Ölçek maddelerinden alınan puanlar ile toplam puan arasındaki korelasyon Madde-Toplam Puan Korelasyonudur. Madde-toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması maddelerin benzer özellikleri ölçtüğü ve iç tutarlığının yüksek olduğunu gösterir. Madde toplam korelasyonu 0,30 ve daha yüksek olması, bu değerin altında maddelerin ölçeğe alınmaması gerekmektedir (Hasançebi ve ark. 2020). DUA ölçeği korelasyon güvenirlik katsayılarının r=0,31-0,71 arasında pozitif yönde (p<0,01) idi. Buna göre madde-toplam korelasyon katsayıları 0,30'dan yüksek olduğu için hiçbir soru analizden çıkarılmamıştır.

5.1.2.2. İç tutarlılık (Cronbach Alfa Güvenirliği)

Ölçeğin toplamı ve kendi içinde alt boyutlarının aynı özelliği ölçüp ölçmediğini belirlemek için iç tutarlığa bakılmıştır (Tavakol ve Dennick 2011) Maddeler arası korelasyona bağlı uyumu gösteren Cronbach Alpha katsayının 0,60 ve üstü değerde olması güvenilir olarak kabul edilmektedir (Tavakol ve Dennick 2011; Seçer 2015). DUAÖ taslağı için Cronbach Alfa katsayıları ve "Müdahaleler", "Ekip Yaklaşımı" alt boyutları için sırasıyla 0,88 ve 0,91 olarak, tüm maddeleri için 0,69 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Buna göre DUAÖ'nün iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğu ve madde çıkartılmasına gerek olmadığı görülmüştür. Eşdeğer form olarak kullanılan Doğum

Memnuniyeti Ölçeğinin genelinde Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanmış ve bu ölçeğin de iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre DUAÖ ile kapsamı benzeyen ölçeklerin Cronbach Alfa katsayılarına bakıldığında; Doğum Deneyimi Ölçeği 0,76 (Mamuk ve ark. 2019), Doğum Tatmin Ölçeği 0,71 (Göncü ve ark. 2018), Doğum Konfor Ölçeği 0,75 (Potur ve ark. 2015) ve Doğum Memnuniyet Ölçeğinin (Coşar ve Demirci2012) 0,62 olan iç tutarlılığının güvenilir aralıkta olduğu saptanmıştır.

5.2. Annelere Ait Değişkenler ile Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşı küçük olan (18 yaş altı) katılımcıların, ekip yaklaşımını ve müdahaleleri 35 yaş üzerinde olanlara göre daha negatif algılamıştır. Adolesanlara verilen desteğin, doğumda yaşanan deneyimlere bağlı gelişen post tramvatik stress bozukluğu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir(Anderson ve Connolly 2018). Adölesanlar (18 yaş altı kişiler) fiziksel, bilişsel ve psikolojik olarak doğum için yeterince gelişmediğinden, gebelik ve doğumda daha fazla desteklenmesi gerekmektedir (Sauls 2010; Gross ve ark. 2012; Hadian ve ark. 2019; Buldum ve Emül 2020).

Geliri gideri karşılamayan katılımcılar ekip yaklaşımını, gelir gideri karşılayan bireylere göre daha negatif algılamaktadır. Literatürde bir annenin gebelikde yaşadığı makroekonomik koşulların doğum sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Margerison ve ark. 2019). Ekonomik olarak zorlanma psikolojik ve çevresel strese yol açtığı için anneyi ve bebeği etkileyebilmektedir (Goletzke ve ark. 2017). Norveç te yapılan bir çalışmada (n=1352) ekonomik zorluk yaşayan kadınların (%21) negatif doğum deneyimi yaşadığı belirlenmiştir (Henriksen ve ark. 2017). Doğumda rutin uygulamadan ziyade riskli gruplara yönelik bakım vermek, doğumu daha pozitif algılamasını destekleyebilir.

Planlı gebelik yaşayan katılımcıların müdahaleler ve doğum uygulamalarına yönelik genel algısı plansız gebelik yaşayanlara göre daha negatif bulunmuştur. Annelerin doğumda aldıkları desteği değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada (n=230), gebeliğin planlama durumu ile doğum memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Karabulutlu ve Yavuz 2019). Literatürde istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerin, olumsuz antenatal ve doğum sonuçları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Goossens ve ark. 2016). Çalışma grubunda ki gebeliği planlı olanların, müdahaleler ve ekip yaklaşımı ile ilgili algının negatif olmasını etkileyebilecek durumu

açıklamak için somut verilere sahip değiliz. Farklı gruplarda bu durumun değişkenler ile analiz edilmesi önerilebilir.

Primipar doğum yapan annelerin, müdahaleler ve doğum uygulamalarına yönelik genel algısı multipar doğum yapan annelere göre daha negatif bulunmuştur. Multiparların daha önceki doğum deneyiminin müdahaleler ve doğum uygulamalarına yönelik genel algıyı etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. İran'da yapılan bir çalışmada (n=800) primiparlarda olumsuz doğum deneyimi prevelansının yüksek olduğu saptanmıştır (Ghanbari-Homaie ve ark. 2021). Geçmiş doğum deneyimlerinin farklı olması doğuma sürecine ilişkin algıyı etkileyebilen faktörler arasındadır (Pirdel ve Pirdel 2009). Sonuçlarımız literatür ve benzer araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Doğum hazırlık eğitimine katılmayan bireylerin, müdahaleler ve doğum uygulamalarına yönelik genel algısı doğuma hazırlık eğitime katılanlara göre daha negatiftir. Literatürde doğuma hazırlık eğitimi alanların almayanlara göre doğum deneyiminin daha pozitif olduğu belirtilmektedir (Brown ve Jordan 2013; Akca ve ark. 2017; Duncan ve ark. 2017; Hassanzadeh ve ark. 2019). Sonucumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Doğumhaneye kabulde vajinal açıklığı 5 cm'den az olan katılımcıların müdahaleler ve doğum uygulamalarına yönelik genel algısı, vajinal açıklık değeri 5 cm ve daha fazla olanlara göre daha negatiftir. DSÖ (2018) doğum eylemi süresince daha az uygulamaya maruziyet ve pozitif doğum deneyim için doğumhaneye kabulde vajinal açıklığın 5 cm ve üzerinde olmasını önermektedir (Rota ve ark. 2018). Sonuç DSÖ'nü desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Doğumda yapılan uygulamaların kadın tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkaracak geçerli ve güvenilir bir araç (DUAÖ) geliştirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda,

- Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği, 21 madde ve iki alt boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir araçtır.
- Ölçek taslağı geliştirilirken madde havuzunda olumlu ve olumsuz ifadelere yer verilmiş, ölçeğin son şeklinde olumsuz (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) maddeler ters puanlanmaktadır.
- DUAÖ kapsam geçerliliği (KGİ=0,86) oldukça iyi olduğu bulunmuştur.
- Eşzaman geçerliğinde, DUAÖ taslağı ile Doğum Memnuniyeti düzeyi arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
- DUA ölçeği için (KMO katsayısı 0,87) örneklemin faktör analizi için yeterli (çok iyi) olduğu belirlenmiştir.
- DUAÖ iki faktörlü (%58.2 oranında) bir AFA yapısı elde edilmiştir. DUAÖ "*müdahaleler*" ve "*ekip yaklaşımı*" alt boyutları literatür ve ölçek kapsamı ile uyumludur.
- Doğum Uygulamalarını Algılama ölçeği ve alt boyutlar ile DMÖ arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<,001$).
- DUAÖ taslağı için iç tutarlılığı Cronbach Alfa (Müdahaleler alt boyutu 0,88, Ekip Yaklaşımı alt boyutu 0,91) 0,69 oldukça yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Çalışma sonunda geliştirilen ölçek, annelerin doğum uygulamalarına yönelik algılarını geçerli ve güvenilir bir biçimde ölçebilecek niteliktedir.

- İlk kez geliştirilen DUAÖ ölçeğinin farklı çalışmalarda kullanılması, geçerlik ve güvenirliğinin tekrar test edilmesi önerilmektedir.
- Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin, farklı kültürlerde kullanılması amacıyla, farklı dillere çevrilerek psikometrik uygunluğu değerlendirilebilir.
- DUAÖ genel puanı yerine ölçek alt boyut Cronbach Alfa katsayıları oldukça yüksek olduğu için alt boyut puanlarının kullanılması tercih edilebilir.

- Kadının doğum uygulamalarına yönelik algısını etkileyen değişkenler ile ilişkisi DUAÖ ile irdelenebilir.
- Doğumda rutin yapılan uygulamaların etkisi DUAÖ ile değerlendirilerek, doğumdaki müdahaleler değiştirilebilir.
- Kadın sağlığı alanında yapılacak bütün çalışmalarda, DUAÖ müdahaleler ve ekip yaklaşımını birlikte veya ayrı şekilde, doğumdan hemen sonra veya geç dönemde değerlendirmek için kullanabilir.

KAYNAKLAR

Afulani, P. A., Feeser, K., Sudhinaraset, M., Aborigo, R., Montagu, D.ve Chakraborty, N. (2019). Toward the development of a short multi-country person-centered maternity care scale. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, ***146*** (1), 80-87.

Afrose, R., Mirza, T. T., Sarker, K., Shamsi, S., Chowdhury, U. W., Shikha, S. S., Akhter, S., Jahan, R., Fatema, S.ve Dey, S. (2021). Effect of Amniotomy on Outcome of Spontaneous Labour. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, ***30*** (1), 6-12.

Ahmed, H. M. (2020). Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: A cross-sectional study in government health settings of Erbil City, Iraq. *Reproductive Health*, ***17***(1), 35.

Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H. ve Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, ***295***(5), 1127-1133.

Aksoy, D., Y., Sis Çelik, A.ve Ejder Apay, S. (2020). Turkish version of the childbirth perception scale: Reliability and validity study. *Perspectives in Psychiatric Care*, ***56***(1), 28-36.

Aktaş, S. ve Aydın, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: A qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, ***37***(2), 176-192.

Aktaş, S. ve Pasinlioğlu, T. (2016). Ebenin Empatik İletişim Becerisinin Doğum Eylemine ve Doğum Sonrası Döneme Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.****19,*** 38-45.

Akyüz, H. E. (2018). Yapı Geçerliliği İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Uygulamalı Bir Çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, ***7***(2), 186-198.

Alfirevic, Z., Gyte, G. M., Cuthbert, A. ve Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***2017***(2). Erişim 02.05.2021 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464257/

Alliman, J. ve Phillippi, J. C. (2016). Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, ***61***(1), 21-51.

ACOG (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics ve Gynecology*, ***128***(1), e1-e15. Erişim 17.04.2021 https://www.acog.org/news/news-releases/2016/06/obgyns-can-prevent-and-manage-obstetric-lacerations-during-vaginal-delivery-says-new-acog-practice-bulletin

ACOG (2019). Practice Bulletin No. 766. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics ve Gynecology*, ***133***(2), e164. Erişim 18.04.2021 https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth

Anık, Y., Altuntuğ, K. ve Ege, E. (2017). Niçin doğal doğum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, ***26***(3), 127-131.

Anderson, C. A. ve Connolly, J. P. (2018). A Model to Predict Birth Stress in Adolescents Within 72 Hours of Childbirth. *Advances in Nursing Science*, *41*(3), 216-229.

Ansari, H., ve Yeravdekar, R. (2020). Respectful maternity care during childbirth in India: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Postgraduate Medicine*, ***66***(3), 133.

Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S.-T., Skog\aas, A.-K., Persen, J. ve Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women′ s perspectives. *Midwifery*, ***31***(7), 721-727.

Atar, B., Atalay Kabasakal, K., Unsal Ozberk, E., Ozberk, E. ve Kibrislioglu Uysal, N. (2019). *R ile Veri Analizi ve Psikometri Uygulamaları*. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. ve Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, ***46***(6), 1121-1134.

Ayres-de-Campos, D. (2018). Electronic fetal monitoring or cardiotocography, 50 years later: What's in a name? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, ***218***(6), 545-546.

Ayoubi, S., Pazandeh, F., Simbar, M., Moridi, M., Zare, E. ve Potrata, B. (2020). A questionnaire to assess women's perception of respectful maternity care (WP-RMC): Development and psychometric properties. *Midwifery*, ***80***, 102573.

Bailit, J. L., Dierker, L., Blanchard, M. H.ve Mercer, B. M. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics and Gynecology*, ***105***(1), 77-79.

Bakioğlu, A., DeVellis, R. F., Ekşi, H., Akınoğlu, O., Akbağ, M., Avcı, S. ve Pekince, T. (2014). *Ölçek geliştirme: Kuram ve uygulamalar*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Barjon, K. ve Mahdy, H. (2021). Episiotomy. *StatPearls* içinde . Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim 17.08.2021 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/

Başkaya, Y. ve Sayıner, F. D. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, ***5***(1):113-119

Battarbee, A. N., Vaz, S. ve Stamilio, D. M. (2020). The association between delayed amniotomy and adverse outcomes in labor induction. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, ***247***, 85-89.

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S.ve Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***19***(1), 1-8.

Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M. ve Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS One*, ***11***(2), e0148343.

Bell, A. F. ve Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, ***39***, 112-123.

Bewley, S.ve Braillon, A. (2018). Electronic fetal heart rate monitoring: We need new research approaches. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, ***360***, 658.

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H. ve Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***3***, CD012449. Erişim 16.08.2021 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012449.pub2/full

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. ve Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of

women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, ***12***(6), e1001847.

Brady, H., Oyce A., M., Michelle J.K., O., Sally C., C.ve T.J., M. (2015). *Births: Final Data for 2014*. U.S: Department of Health and Human Servıces.

Brown, A. ve Jordan, S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration: An internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, ***69***(4), 828-839.

Brown, J. A. Cooper, A. L. ve Albrecht, M. A. (2020). Development and content validation of the burden of documentation for nurses and midwives (BurDoNsaM) survey. *Journal of Advanced Nursing*, ***76***(5), 1273-1281. doi:10,1111/jan.14320

Brunton, R. J., Dryer, R., Saliba, A. ve Kohlhoff, J. (2019). The initial development of the Pregnancy-Related Anxiety Scale. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, ***32***(1), e118-e130.

Buldum, A. ve Emül, T. G. (2020). Adölesan gebelikte doğum korkusu ve hemşirelik bakımı. *Selçuk Sağlık Dergisi*, ***1***(2), 85-96.

Carter, E. B., Chu, C. S., Thompson, Z., Tuuli, M. G., Macones, G. A. ve Cahill, A. G. (2020). Electronic fetal monitoring and neonatal outcomes when a nuchal cord is present at delivery. *American Journal of Perinatology*, ***37***(4), 378-383.

Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H. ve Berghella, V. (2017). Less-restrictive food ıntake during labor in low-risk singleton pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics ve Gynecology*, ***129***(3), 473-480.

Clesse, C., Cottenet, J., Lighezzolo-Alnot, J., Goueslard, K., Scheffler, M., Sagot, P. ve Quantin, C. (2020). Episiotomy practices in France: Epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. *Scientific Reports*, ***10***(1), 20208.

Coates, D., Thirukumar, P., Spear, V., Brown, G. ve Henry, A. (2020). What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, ***33***(4), 323-333.

Colley, S., Kao, C.-H., Gau, M. ve Cheng, S.-F. (2018). Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***18***(1), 413.

Coşar, F. ve Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* ***3***(1):18-30.

Coşar, Ç.F., Sezer, A. ve Doğan, M.Y. (2015). Doğum Memnuniyet Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Kuzey Klinikleri Dergisi, **2***(2), 142-150.

Cypher, R. L. (2018). A Standardized approach to electronic fetal monitoring in critical care obstetrics. *The Journal of Perinatal ve Neonatal Nursing, **32***(3), 212-221.

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö. ve Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***18***(1), 415.

Çam, M. O. ve Baysan, A.L. (2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, ***12***(2), 64-71.

Dabagh-Fekri, S., Farahani, L. A., Bazarganipour, F. ve Hasanpoor-Azghady, S. B. (2018). Psychometric properties of the Farsi version of the women's perceptions of vaginal examination during labor questionnaire. *Journal of family medicine and primary care*, ***7***(6), 1390,

Dahlberg, U., Persen, J., Skog\aas, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M.ve Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual ve Reproductive Healthcare*, ***7***, 2-7.

Daşıkan, Z., Elmas, S., Elmas, Ç., Kıratlı, D. ve Meryem, E. (2020). Routine ınterventions during normal birth: women's birth experiences and expectations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, **13***, 3-1868.

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, ***5*****(**4), 194-197.

De Jonge, A., Peters, L., Geerts, C. C., Van Roosmalen, J. J. M., Twisk, J. W. R., Brocklehurst, P. ve Hollowell, J. (2017). Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: A cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. *PloS One*, ***12***(7), e0180846.

De Klerk, H. W., Boere, E., van Lunsen, R. H. ve Bakker, J. J. (2018). Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology*, ***39***(2), 90-95.

De Tayrac, R. ve Letouzey, V. (2016). Methods of pushing during vaginal delivery and pelvic floor and perineal outcomes: A review. *Current Opinion in Obstetrics ve Gynecology*, ***28***(6), 470-476.

DeBaets, A. M. (2017). From birth plan to birth partnership: Enhancing communication in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, ***216***(1), 31.e1-31.e4.

Demirbaş, M., Karabel, M. P. ve İnci, M. B. (2018). Türkiye'de ve dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Medical Journal*, ***7***(4), 158-163.

Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H.ve Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire: Development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***10***, 81.

DeVellis, R. F. ve Totan, T. (2017). *Ölçek Geliştirme: Kuram ve Uygulamaları*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A. ve Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***1***, CD005122. Erişim 12.08.2021 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub5/full

Dharni, N., Essex, H., Bryant, M. J., Cronin de Chavez, A., Willan, K., Farrar, D., Bywater, T., Dickerson, J. ve Better Start Bradford Innovation Hub. (2021). The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: Findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***21***(1), 205.

Dilcen, H. Y.ve Genç, R. E. (2019). Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebenin Rolü. *Life Sciences*, ***14***(3), 64-73.

Diorgu, F. C., Steen, M. P., Keeling, J. J.ve Mason-Whitehead, E. (2016). Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, ***29***(6), 518-523.

Dima, A. L. (2018). Scale validation in applied health research: Tutorial for a 6-step R-based psychometrics protocol. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, ***6***(1), 136-161.

Dixon, L.ve Foureur, M. (2010). The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm?. *New Zealand College of Midwives Journal*, ***42***, 21-26.

Dokmak, F., Michalek, I. M., Boulvain, M.ve Desseauve, D. (2020). Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, ***254,*** 147-152.

Doğan, C. D. ve Uluman, M. (2016). İstatistiksel veri analizinde R yazılımı ve kullanımı. *İlköğretim Online*, ***15***(2), 615-634.

Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J. ve Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***17***(1), 140,

Dursun, İ. ve Alniaçik, Ü. (2019). Likert ölçeklerinde etiketleme kararları: Kullanılan etiketler ölçüm sonuçlarına etkiler mi? *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, ***33***, 148-196.

Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S.ve Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: A population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***15,*** 252.

Erenel, A. Ş.ve Çiçek, S. (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, ***9*** (2),123-129.

Erkuş, A. (2012). Varolan ölçek geliştirme yöntemleri ve ölçme kuramları psikolojik ölçek geliştirmede ne kadar işlevsel: Yeni bir öneri. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, ***3***(2), 279-290.

Erkorkmaz, U., Etikan, I., Demir, O., Ozdamar, K. ve Sanisoglu, Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, ***33***, 210-223.

Fawsitt, C. G., Bourke, J., Lutomski, J. E., Meaney, S., McElroy, B., Murphy, R. ve Greene, R. A. (2017). What women want: Exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care. *Health Policy*, ***121***(1), 66-74.

Fenaroli, V., Molgora, S., Dodaro, S., Svelato, A., Gesi, L., Molidoro, G., Saita, E. ve Ragusa, A. (2019). The childbirth experience: Obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***19***(1), 419.

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

Ford, E., Ayers, S., ve Wright, D.B.(2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, ***18***, 245-252.

Fry, M. ve Attawet, J. (2018). Nursing and midwifery use, perceptions and barriers to evidence-based practice: A cross-sectional survey. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, ***16***(1), 47-54.

Fumagalli, S., Colciago, E., Antolini, L., Riva, A., Nespoli, A. ve Locatelli, A. (2021). Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women and Birth Journal of the Australian College of Midwives* , ***34***(2), 154-161.

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Duarte, G. ve Quintana, S. M. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, ***64***(1), 33-40,

Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Gdaniec, A., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., Dombrowska-Pali, A., Banaszkiewicz, M. ve Maleńczyk, M. (2018). Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care for Women International*, ***39***(6), 663-683.

Ghanbari-Homaie, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E. ve Mirghafourvand, M. (2021). Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: Results from a multiphase study in Iran. *Reproductive Health*, ***18***, 146.

Goletzke, J., Kocalevent, R.-D., Hansen, G., Rose, M., Becher, H., Hecher, K., … Diemert, A. (2017). Prenatal stress perception and coping strategies: Insights from a longitudinal prospective pregnancy cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, ***102***, 8-14.

Goossens, J., Van Den Branden, Y., Van der Sluys, L., Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S. ve Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, ***31***(12), 2821-2833.

Göncü Serhatlıoğlu, S., Karahan, N., Hollins Martin, C. J. ve Martin, C. R. (2018). Construct and content validity of the Turkish Birth Satisfaction Scale-Revised. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, ***36***(3), 235-245.

Grobman, W. A., Bailit, J., Lai, Y., Reddy, U. M., Wapner, R. J., Varner, M. W., Thorp, J. M., Leveno, K. J., Caritis, S. N., Prasad, M., Tita, A. T. N., Saade, G., Sorokin, Y., Rouse, D. J., Blackwell, S. C., Tolosa, J. E., Mallett, G., Ramos-Brinson, M., Roy, A. ve Van Dorsten, J. P. (2018). Defining failed induction of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, ***218***(1), 122.e1-122.e8.

Gross, K., Alba, S., Glass, T. R., Schellenberg, J. A.ve Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***12***, 16.

Gungor, I. ve Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, ***28***(3), 348-357.

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J.ve Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***5***, CD002006. Erişim 14.06.21 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/information

Gün, İ., Doğan, B. ve Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, ***13***(3), 144-148.

Hadian, T., Mousavi, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mohammadi, E. ve Mirghafourvand, M. (2019). Adolescent pregnant women's health practices and their impact on maternal, fetal and neonatal outcomes: A mixed method study protocol. *Reproductive Health*, ***16***(1), 45.

Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. ve Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, ***16***(1), 160,

Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J. ve Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, ***23***(3), 235-247.

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M. ve Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience-A mixed methods study. *Midwifery*, ***51***, 33-39.

Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A. ve Fenwick, J. (2013). Factors associated with a positive birth experience: An exploration of swedish women's experiences. *International Journal of Childbirth*, ***3***(3), 153-164.

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A. ve Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***3***, CD006067. Erişim 18.10.2020 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/read-comments

Hosseini T.M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M. ve Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, ***7***(4), 1233-1238.

Huang, C.-Y., Luo, B.-R. ve Hu, J. (2020). Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine*, ***99***(23).

ICM (2017). *Appropriate use of Intervention in Childbirth.* Erişim 18.08.2021 https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-appropriate-intervention.pdf.pdf.

Inci, F., Gokce Isbir, G. ve Tanhan, F. (2015). The Turkish version of perceived support and control in birth scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology*, ***36***(3), 103-113.

Ishola, F., Owolabi, O. ve Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PloS One*, ***12***(3), e0174084.

İşbir, G.G., İnci F., Önal, H. ve Yıldız, P.D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth: maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, **32**:227-32.

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G. ve Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***2***, CD000081. Erişim 25.07.2021 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full

Johanson, R., Newburn, M. ve Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, ***324***(7342), 892-895.

Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasian Journal of Science*, ***1***(1), 43-50.

Karabulutlu, Ö. ve Yavuz, C. (2019). Annelerin doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, ***6***(2), 182-199.

Karakoç, Y. ve Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, ***13***(40): 39-49.

Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., ve Hildingsson, I. (2011). Behind the myth-Few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, ***27***(5), 620-627.

Khresheh, R. ve Barclay, L. (2020). Knowledge, attitude and experience of episiotomy practice among obstetricians and midwives in Jordan. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, ***33***(2), e176-e181.

Kıvanç, M. M., Türen, S., Atakoğlu, R. ve Özçalık, C. K. (2020). Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine erişmede hemşirenin önemi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, ***2***(2), 74-78.

Kim, S. W., Nasioudis, D. ve Levine, L. D. (2019). Role of early amniotomy with induced labor: A systematic review of literature and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics ve Gynecology*, ***1***(4), 100052.

Kılıç, A. F. (2020). Exploratory factor analysis with R software. *Anadolu University Journal of Education Faculty*, ***4***(3), 276-293.

Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., Nagata, C. ve Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***4***, CD011516. Erişim 17.10.2020 https://www.cochrane.org/CD011516/PREG_assessment-and-support-during-early-labour-improving-birth-outcomes

Konlan, K. D., Afaya, A., Mensah, E., Suuk, A. N. ve Kombat, D. I. (2021). Non-pharmacological interventions of pain management used during labour; an exploratory descriptive qualitative study of puerperal women in Adidome Government Hospital of the Volta Region, Ghana. *Reproductive Health*, ***18***(1), 86.

Koyucu, R. G. ve Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics ve Gynecology*, ***56***(5), 606-612.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J.ve Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***8***. Erişim 14.10.2021 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/references

Lee, N., Gao, Y., Lotz, L. ve Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, ***32***(4), e433-e440,

Leo, A. D., Bayes, S., Geraghty, S. ve Butt, J. (2019). Midwives' use of best available evidence in practice: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, ***28***(23-24), 4225-4235.

Lewis, D. ve Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology ve Obstetrics*, ***131***(1), 9-12.

Mahdy, H., Glowacki, C. ve Eruo, F. U. (2021). Amniotomy. *StatPearls* içinde . Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim 14.08.2021 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/

Mamuk, R., Şahin, N. ve Dişsiz, M. (2019). The Turkish Version of the Childbirth Experience Questionnaire: Reliability and validity assessment. *Medical Journal of Bakirkoy*, ***15***(3), 265-271.

Martin, C. H. ve Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, ***24***(2), 124-135.

Martin,C. R. ve Redshaw, M. (2018). Establishing a coherent and replicable measurement model of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychiatry Research*, ***264***, 182-191.

May, İ. (2012). *İna May'in Doğum Meselesi Bir Ebenin Manifestosu* (Çev:F.D.Sayıner). İstanbul: Nobel Kitabevi.

Moraloglu, O., Kansu-Celik, H., Tasci, Y., Karakaya, B. K., Yilmaz, Y., Cakir, E. ve Yakut, H. I. (2017). The influence of different maternal pushing positions on birth

outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. *The Journal of Maternal-Fetal ve Neonatal Medicines*, ***30***(2), 245-249.

Mullins, E., Lees, C.,ve Brocklehurst, P. (2017). Is continuous electronic fetal monitoring useful for all women in labour? *British Medical of Journal*, ***359***, 5423.

Namujju, J., Muhindo, R., Mselle, L. T., Waiswa, P., Nankumbi, J. ve Muwanguzi, P. (2018). Childbirth experiences and their derived meaning: A qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. *Reproductive Health*, ***15***(1), 183.

NICE (2019). *2019 Surveillance of İntrapartum Care for Healthy Women And Babies.* Erişim 18.08.2021 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550941/

NICE (2017). *Care of Women and Their Babies during Labour and Birth.* Erişim 18.08.2021 https://www.nice.org.uk/guidance/cg190

Neal, J. L., Lamp, J. M., Buck, J. S., Lowe, N. K., Gillespie, S. L. ve Ryan, S. L. (2014). Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *Journal of Midwifery ve Women's Health*, ***59***(1), 28-34

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. ve Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, ***2013***, 1-6.

Ngai, F.-W. ve Xiao, X. (2021). Perceptions of paternal involvement and labour pain management in Chinese couples during childbirth: A qualitative study. *Women and Birth Journal of the Australian College of Midwives* , ***34***(3), 288-295.

Odent, M. (2008). *Sezeryan Neden Öneriliyor?Neden Tercih Ediliyor? Anne ve Bebeği Bekleyen Riskler*. (Çev: Z.Koltukcuoğlu.) İstanbul: Kuraldışı Yayincilik.

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M. ve ark. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE*, ***15***(7).

Pam, E. ve Horowıtz, R. (2011). *İç Güdüsel Doğum*. (Çev: N.Önoğlu) İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.

Paul, J. A., Yount, S. M., Breman, R. B., LeClair, M., Keiran, D. M., Landry, N. ve Dever, K. (2017). Use of an early labor lounge to promote admission in active labor. *Journal of Midwifery ve Women's Health*, ***62***(2), 204-209.

Pereira, G. M. V., Hosoume, R. S., de Castro Monteiro, M. V., Juliato, C. R. T. ve Brito, L. G. O. (2020). Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: A systematic review with meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, ***31***(11), 2291-2299.

Perriman, N., Davis, D. L.ve Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, ***62***, 220-229.

Pirdel, M. ve Pirdel, L. (2009). Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction & Infertility*, ***10***(3), 217-223.

Potur, D. C., Merih, Y. D., Külek, H. ve Gürkan, Ö. C. (2015). Doğum Konforu Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***18***(4), 252-258.

Rahnama, P., Ziaei, S. ve Faghihzadeh, S. (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. *International Journal of Gynecology ve Obstetrics*, ***92***(3), 217-220.

Rathfisch, G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Richardson, M. G., Raymond, B. L., Baysinger, C. L., Kook, B. T. ve Chestnut, D. H. (2019). A qualitative analysis of parturients' experiences using nitrous oxide for labor analgesia: It is not just about pain relief. *Birth*, ***46***(1), 97-104.

Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J. ve Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, ***35***(2), 107-116.

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M. ve Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, ***16***(9).

Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E. ve Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: Latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth Journal of the Australian College of Midwives* , ***31***(4), 313-318.

RCM (2016). *Getting The Midwifery Workforce Right.* Erişim 10.08.2021 https://www.rcm.org.uk/media/2368/getting-the-midwifery-workforce-right.pdf

RCOG (2015). *The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears.* Erişim 11.08.2021 https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf

Ryan, R. M. ve McCarthy, F. P. (2019). Induction of labour. *Obstetrics, Gynaecology ve Reproductive Medicine*, ***29***(12), 351-358.

Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Ricci, G., Alberico, S., Borelli, M. ve Guaschino, S. (2012). The effects of uterine fundal pressure on pelvic floor function after vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, ***286***(5), 1135-1139.

Sauls, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, ***39***(6), 703-712.

Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci: Spss ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Anı yayıncılık.

Singata, M., Tranmer, J.ve Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***8,*** CD003930. Erişim 14.10.2020 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104541/

Shahinfar, S., Abedi, P., Najafian, M., Abbaspoor, Z., Mohammadi, E. ve Alianmoghaddam, N. (2021). Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: A qualitative content analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***21***(1), 173.

Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Pileggi, V. ve ark. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: A qualitative evidence synthesis. *An International Journal of Obstetrics ve Gynaecology*, ***125***(8), 932-942.

Shrestha, N. (2021). Factor analysis as a tool for survey analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, ***9***(1), 4-11.

Strauss, M. E. ve Smith, G. T. (2009). Construct validity: Advances in theory and methodology. *Annual Review of Clinical Psychology*, ***5***, 1-25.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G. ve Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***3***. Erişim 14.08.2021

https://www.cochrane.org/CD009514/PREG_relaxation-techniques-pain-management-labour

Smith, V., Begley, C., Newell, J., Higgins, S., Murphy, D. J., White, M. J., Morrison, J. J., Canny, S., O'Donovan, D. ve Devane, D. (2019). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of the fetal heart in low-risk pregnancy during evaluation for possible labour admission – a multicentre randomised trial: The ADCAR trial. *BJOG*, ***126***(1), 114-121.

Sorenson, D. S. ve Tschetter, L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in Psychiatric Care*, ***46***(1), 14-25.

Şahin, M. G. ve Öztürk, N. B. (2018). Eğitim alanında ölçek geliştirme süreci: Bir içerik analizi çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, ***26***(1), 191-199.

Şenoğlu, Ayşe, ve Zekiye Karaçam. (2021). İntrapartum ebelik bakımının temel kalite göstergeleri. *Life Sciences* ***16***(1),19-29.

Şencan, H. ve Fidan, Y. (2020). Likert verilerinin kullanıldığı keşfedici faktör analizlerinde normallik varsayımı ve faktör çıkarma üzerindeki etkisinin spss, factor ve prelıs yazılımlarıyla sınanması. *Business & Management Studies: An International Journal*, ***8***(1), 640-687.

Şenol, O., Metin, A. ve Korucu, K.S. (2019). Ülkelerin ölüm göstergeleriyle karşılaştırılması: veri zarflama analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2**(33):82-103.

Şentürk E., A. ve Çiçek, S. (2018). Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **9**(2).

Tadaumi, M., Sweet, L. ve Graham, K. (2020). A qualitative study of factors that influence midwives' practice in relation to low-risk women's oral intake in labour in Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, ***33***(5), e455-e463.

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. ve Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, ***15***(1), 73.

Takmaz, T., Aydın, S., Gorchiyeva, İ.ve Karasu, A. F. G. (2020). The usual suspect: Cross-sectional study of fundal pressure at second stage of delivery and the

association with pelvic floor damage. *International Urogynecology Journal*; ***32***,1949.

Tavakol, M. ve Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education, **2***, 53-55.

Teskereci, G., Yangın, H. ve Akpınar, A. (2020). Experiences of women regarding vaginal examination during labor: A qualitative study. *Health Care for Women International*, ***41***(1), 75-88.

Tezbaşaran, A. A. (1997). *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S. ve Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health, **16*(**1), 71.

Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E. ve Kram, J. J. (2020). Dancing during labor: Social media trend or future practice? *Journal Of Patient-Centered Research And Reviews, **7***(2), 213.

Tsai, Y.-S., Fang, T.-P. ve Chi, C.-C. (2019). A scale for measuring evidence-searching capability: A development and validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, **25***(4), 676-681.

TNSA (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Estütleri Enstitüsü*, Ankara. Erişim 14.06.2021 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

Uludağ, E. (2013). Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Uyumaz, G. ve Sirganci, G. (2020). Doğrulayıcı faktör analizi için gerekli örneklem büyüklüğü kaç kişidir? : Bayes yaklaşımı ve maksimum olabilirlik kestirimi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, ***16***(32), 5302-5340.

Uysal, B. (2017). Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson,C. ve Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth, **31***(1):17-27.

Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth , **30***(4):248-54.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. ve Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth, **31***(1), 17-27.

Waldenström, U. (2007). Normal Childbirth and Evidence Based Practice. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, **20***(4):175-80.

Wallentin, F., Jöreskog, K. ve Luo, H. (2010). Confirmatory factor analysis of ordinal variables with misspecified models. *Structural Equation Modeling A Multidisciplinary Journal, **17***, 392-423.

Watson, H. L. ve Cooke, A. (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: A systematic review protocol. *Systematic Reviews, **7***(1), 188.

Watkins, M. W. (2018). Exploratory factor analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology, **44***(3), 219-246.

Williams, L., Jenkinson, B., Lee, N., Gao, Y., Allen, J., Morrow, J.ve Kildea, S. (2020). Does introducing a dedicated early labour area improve birth outcomes? A pre-post intervention study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, **33***(3), 259-264.

WHO (2015). *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Maternal Peripartum İnfections*. Erişim 14.10.2021 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pd f

WHO (2018). *Who Recommendations on İntrapartum Care for A Positive Childbirth Experience.* Erişim 10.10.2021 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1

Yalnız D., H. ve Genc, R. (2019). The effects of psychoeducation on the traumatic perception of the birth phenomenon in women with substance-use disorders. *Substance Use ve Misuse, **54***(12), 2066-2074.

Yalnız, H., Canan, F., Ekti Genç, R., Kuloğlu, M. M. ve Geçici, Ö. (2017). Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Tıp Dergisi, **8***(3), 81-88.

Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, **46**,*74-85.

Yavuz, G. ve Doğan, N. (2015). boyut sayısı belirlemede Velicer'in Map Testi ve Horn'un Paralel Analizinin kullanılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, ***30***(3), 176-188.

Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, ***20***, 251-264.

Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için İntrapartum Bakım Modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***5***,39-44.

Youssef, A., Salsi, G., Cataneo, I., Pacella, G., Azzarone, C., Paganotto, M. C., Krsmanovic, J., Montaguti, E., Cariello, L., Bellussi, F., Rizzo, N. ve Pilu, G. (2019). Fundal pressure in second stage of labor is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in Obstetrics ve Gynecology*, ***53***(1), 95-100.

Yucel, C., Taskin, L.ve Low, L. K. (2015). Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US to assess maternity care outcomes. *Midwifery, **31**(12), 1135–1142.*

Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A. ve Marinelli, E. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, **23***(5), 1847-1854.

Zilberman, A., Sheiner, E., Barrett, O., Hamou, B. ve Silberstein, T. (2018). Once episiotomy, always episiotomy? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, ***298***(1), 121-124.

EK 1: ANNE TANITIM FORMU

Bu çalışma "Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeğinin Geliştirilmesi" amacıyla yapılmaktadır. Sonuçların güvenirliği açısından her soruya içtenlikle ve eksiksiz cevap vermeniz önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Zeynep Barol Kurtoğlu

1. Yaşınız……
2. Eğitim durumunuz: ( ) Okur yazar ( ) Temel eğitim ( ) Orta eğitim ( ) Üniversite
3. Mesleğiniz ..……...
4. Gebelikte çalışma durumunuz: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor
5. Aile tipiniz: ( ) Çekirdek ( ) Geniş
6. Gelir durumunuz: ( ) Gelir gideri karşılıyor ( ) Gelir gideri karşılamıyor ( ) Geliri giderine eşit ( )
7. Medeni durumunuz ( ) Bekar ( ) Evli- Kaç yıllık evlisiniz……
8. Boyunuz ( ) Kilonuz ( )

Obstetrik Özellikler

9. Gebeliğinizin planlanma durumu: ( ) Planlı ( ) Plansız
10, Gebeliğinizde sigara kullandınız mı? () Evet ( ) Hayır
11. Hangi yolla gebe kaldınız? ( ) Doğal yollarla ( )Tedavi ile -Tedaviyi açıklayınız……..
12. Toplam gebelik sayısı: Düşük/kürtaj sayısı:
    Canlı Doğum Sayısı: Ölü Doğum Sayısı:
    Yaşayan Çocuk Sayısı:
13. Eğer daha önce doğum yaptıysanız bir önceki doğumunuzdan itibaren geçen süre ……
14. Gebelik süresince kontrole gitme sayınız? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( )3 ( ) 4 ( ) 4 ten fazla
15. Gebelikte doğuma hazırlık için bir eğitime katıldınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet-Kaç kez……...
16. Gebelikte hangi tanı testlerini yaptırdınız? ( )İkili test, Üçlü test, Dörtlü test ( ) Amniyosentez
17. Doğumhaneye kabul edildiğinizde kaç cm açıklık vardı? ……
18. Doğum için hastaneye geldiğiniz zamandan doğum yaptığınız zamana kadar geçen süre nedir?……..
19. Doğumdan sonraki kaçıncı gününüz:……

EK 2: DOĞUM MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu ölçek doğumla ilgili memnuniyetinizi ölçmektedir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyarak sizin durunuzu en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz. Sonuçların güvenirliği açısından her soruya içtenlikle ve eksiksiz cevap vermeniz önemlidir.

İfadeler	**Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1. Doğumumla iyi baş edebildim					
2. Doğumhane personeli istediğim doğum şekli konusunda beni cesaretlendirdi					
3. Doğumum için iyi hazırlandım (kitap okudum, doğuma hazırlık sınıfına katıldım, vs.)					
4. Benim için doğum stresli bir deneyimdi					
5. Doğumum çok kolay oldu					
6. Sağlıklı normal bir doğum yaptım					
7. Doğum süresince etkin bir tıbbi bakım aldım					
8. Doğumumda birçok tıbbi müdahale uygulandı (Ör: Suni sancı, forseps, epizyotomi..)					
9. Doğumum çabuk ve hızlı oldu					
10. Doğum eylemim süresince partnerim bana çok iyi destek oldu					
11. Doğumdan sonra zamanımın büyük bir kısmında bebeğimi kucağıma almam konusunda cesaretlendirildim					
12. Doğumum planladığımdan çok farklı oldu					
13. Doğumumun başından sonuna kadar benimle aynı ebe ilgilendi					
14. Doğumhanenin tehlikesiz ve rahat olduğunu hissettim					
15. Doğum süresince ve doğumda çok endişeliydim					
16. Doğumumu kontrol edemediğimi hissettim					
17. Doğum süreci hakkında önceden bilgi sahibi olmasam daha iyi olurdu diye hissettim					
18. Doğum süresince hiçbir sıkıntı yaşamadım					
19. Bu doğumdaki tecrübemde çok hasar görmüş ve vücudumdan bir parça gitmiş gibi hissettim					
20. Çok kolay bir şekilde engellenebilecekken, bebeğim doğumda zarar gördü					
21. Doğumum sırasında benimle ilgilenen personel bana yetersiz tıbbi bakım uyguladı					
22. Doğal doğum yaptım (Ör: Çok az tıbbi girişim uygulandı)					
23. Doğumumun çok uzun sürdüğünü düşünüyorum					
24. Doğum eylemim süresince ve doğumda doğum ekibi tarafından iyi desteklendiğimi hissettim					
25. Doğumdan sonra oldukça uzun bir süre bebeğimden ayrı kaldım					
26. Doğumum plandığım gibi gerçekleşti					
27. Doğum eylemim süresince ekibinin benimle iletişimi güzeldi.					
28. Doğum odası temiz ve hijyenikti					
29. Doğum yapmak inanılmaz derecede ağrılı bir olaydı					
30. Doğum tahmin ettiğim kadar ağrılı bir olay değilmiş					

EK 3: DOĞUM UYGULAMALARINI ALGILAMA ÖLÇEĞİ TASLAĞI

Yönerge: Aşağıda doğumda yapılan uygulamaların sizin tarafınızdan nasıl algılandığını değerlendirmek amacıyla tasarlanmış bir ölçek taslağı yer almaktadır. Her bir ifadeyi ***dikkatle okuyarak*** sizin durunuzu en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	Kısmen Katılıyorum	**Katılıyorum**	Kesinlikle Katılıyorum
1. Doğum haneye girerken ailemden ayrıldığım için kendimi yalnız hissettim					
2. Doğum ekibinin beni karşılama şeklinden memnun kaldım					
3. Doğumhaneye kabul edildiğimde ortamı bilmediğim için tedirgindim					
4. Doğum süresince yapılan tıbbi girişimler (serum/sonda/lavman yapılması) beni rahatsız etti					
5. Doğum süresince çok aç kaldığımı hissettim					
6. Doğum süresince çok susadığımı hissettim					
7. Bebeğin kalp atışlarını dinlemek için bağlanan cihaz (NST) beni rahatsız etti					
8. Doğum süresince alttan sık sık muayene yapılması beni rahatsız etti					
9. Ağrıyla baş etmem konusunda doğum ekibi bana yeterince destek oldu					
10. Doğum süresince yanımda bir yakınım olmadığı için kendimi çaresiz hissettim					
11. Doğum süresince istediğim gibi ses çıkarabildim					
12. Doğum süresince bana ayrılan özel bir alanda (oda/paravanla kapatılmış) uygulamalar yapıldı					
13. Doğum masasına yatarken kendimi savunmasız hissettim					
14. Doğum yaptığım pozisyonda ıkınmakta zorlandım					
15. Doğum yaptığım sırada istediğim gibi hareket edebildim					
16. Doğumda ağrılarım olduğunda yatmak zorunda kalmak rahatsız ediciydi					
17. Doğum sırasında ıkınmam için yapılan uyarılardan rahatsız oldum					
18. Doğum sırasında beni izleyenlerin olması rahatsız ediciydi					
19. Doğumhane ortamı fiziksel olarak rahat edebileceğim şekildeydi					
20. Doğum ekibi bedenime dokunmak için izin istedi					
21. Doğum ekibine istediğim soruyu sorabildim					
22. Doğum ekibi tedavi ve bakım ile ilgili kararlara katılmamı sağladı					
23. Doğum ekibi doğum süresince bana özenli, saygılı ve nazik davrandı					
24. Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile konuştu					
25. Doğum ekibi ilaç kullanmadan ağrımı azaltmak için elinden geleni yaptı					
26. Doğum süresince yapılan uygulamalar sırasında mahremiyetime dikkat edildi					

EK 4: KAPSAM GEÇERLILIĞI IÇIN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

Prof. Dr. Ergül Aslan	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Prof. Dr. Ayden Çoban	Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı.
Prof. Dr. Gül Ertem	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı.
Prof. Dr. Sevgi Özsoy	Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü,Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Saadet Yazıcı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı.
Doç. Dr. Pınar Serçekuş Ak	Pamukkale Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Serap Topatan	Ondokuz Mayıs Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı.
Doç. Dr. Tuba Uçar	İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı.
Doç. Dr. Dilek C. Potur	Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı.
Dr. Öğr.Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniveristesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Tülay Yılmaz	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı.

EK 5: UZMAN GÖRÜŞÜ ALINMASI İÇİN GÖNDERİLEN FORM

Sayın Öğretim Üyesi,

Doğum eylemini başlatmak, hızlandırmak, sonlandırmak, düzenlemek veya izlemek için travayda birçok uygulama yapılmaktadır. Bu çalışma, normal doğumda yapılan uygulamaların kadın tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkaracak geçerli ve güvenilir bir araç (Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) geliştirmek amacıyla yapılmaktadır. Likert tipte tasarlanan ölçekte puanların artması doğum uygulamalarının kötü algılandığını düşündürmektedir.

Ölçekte her bir ifade;

Kesinlikle katılıyorum: 5 puan

Katılmıyorum:4 puan

Kararsızım:3 puan

Katılmıyorum: 2 puan

Kesinlikle katılmıyorum:1 puan şeklinde puanlanacaktır. Olumlu ifadeler tersine döndürülecektir

Doğumda yapılan müdahalelerin kadın tarafından nasıl algılandığını yansıtan 43 adet ifadeden oluşan bir madde havuzu hazırlanmıştır. Çalışmanın bu aşamasında; ‘’Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği’’ madde havuzu formunda yer alan maddelerin konunun amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığı ve kapsam geçerliliğini belirlemek için uzman görüşlerine gereksinim vardır. Her bir ifadenin incelenerek aşağıda verilen puan tablosuna göre puanlandırmanızı ve değişiklik önerileriniz var ise ilgili yere belirtmenizi rica ederiz. Ayrıca Doğum eylemi sırasında bölgenizde yapılan uygulamalar varsa formun sonuna eklemeniz çalışmanın eksikliklerini gidermek açısından oldukça değerlidir.

Çalışmaya vereceğiniz katkı, görüş ve önerileriniz için teşekkür eder ve saygılarımızı sunarız.

Msc. Zeynep BAROL KURTOĞLU

Prof. Dr. Gülçin BOZKURT

PUAN:

1= Uygun değil
2= Biraz uygun
3= Uygun, ancak küçük değişiklik gerekiyor
4=Çok uygun

DOĞUM UYGULAMALARI ALGILAMA ÖLÇEĞİ				
Ölçek Maddeleri	**Uygun değil**	**Biraz uygun**	**Uygun ancak küçük değişiklikler gerekiyor**	**Çok uygun**
1. Doğumhaneye kabul edilirken kendimi yalnız hissettim				
Öneri:				
2. Doğumhanede kendimi çaresiz hissettim				
Öneri:				
3. Doğum ekibi tarafından sıcak karşılandım				
Öneri:				
4. Doğum ekibinin bana kendini ve ortamı tanıtması beni rahatlattı				
Öneri:				
5. Doğum ekibinin yapılacak uygulamalardan bahsetmesi beni rahatlattı				
Öneri:				
6. Damar yolumun olması beni rahatsız etti				
Öneri:				
7. Serum takılı halde doğum ağrılarımı yaşamak rahatsız ediciydi				
Öneri:				
8. Açlıktan enerjimin bittiğini hissettim				
Öneri:				
9. Çok susadığımı hissettim.				
Öneri:				
10. Doğumda sonda takılması beni rahatsız etti				
Öneri:				
11. Bağırsaklarımı boşaltmak için yapılanlar beni rahatlattı				
Öneri:				
12. Bebeğin kalbini dinlemek için beni bağladıkları cihaz (NST) beni rahatsız etti				
Öneri:				
13. Ağrı çekerken cihaza bağlanmak (NST) benim için zordu				
Öneri:				
14. Doğum süresince ağrı ile baş etmem için ilaç dışı uygular yapılması beni rahatlattı				
Öneri:				

15. Bebeğin kalp seslerinin dinlenmesi bebeğimin güvende olduğunu hissettirdi				
Öneri:				
16. Doğum sırasında karnıma bastırılması beni zorladı				
Öneri:				
17. Sancı serumu takılması beni rahatsız etti				
Öneri:				
18. Doğum kesisi yapılması beni kaygılandırdı				
Öneri:				
19. Doğum masasına yatarken kendimi savunmasız hissettim				
Öneri:				
20. Doğum süresince istediğim pozisyonda kalabildim				
Öneri:				
21. Doğum eylemim normal seyrine bırakıldı				
Öneri:				
22. Alttan muayene edilmem gerilmeme neden oldu				
Öneri:				
23. Ikınmam konusunda yönlendirilmem beni rahatsız etti				
Öneri:				
24. Doğum süresince yanımda bir yakınımın olmaması beni rahatsız etti				
Öneri:				
25. Doğumda kendimi halsiz ve bitkin hissettim				
Öneri:				
26. Doğum süresince kendimi güvende hissettim				
Öneri:				
27. Keşke evde doğum yapsaydım diye düşündüm				
Öneri:				
28. Doğum süresince istediğim gibi ses çıkarabildim				
Öneri:				
29. Yapılan uygulamaların gerekli olduğunu düşündüm				
Öneri:				
30. Doğum ekibi bana kibar ve nazik davrandı				
Öneri:				

31. Doğum ekibi mahremiyetime dikkat etti				
Öneri:				
32. Doğum ekibi istediğim soruyu sorabilmem için beni destekledi				
Öneri:				
33. Doğum ekibinin bana saygı duyduğunu düşündüm				
Öneri:				
34. Doğum ekibi beni anlamaya çalıştı				
Öneri:				
35. Doğum ekibi bana özenli davrandı				
Öneri:				
36. Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile iletişim kurdu				
Öneri:				
37. Doğum ekibi tedavi ve bakımım ile ilgili kararlara katılmamı sağladı				
Öneri:				
38. Doğum ekibi çok meşguldü ve benimle yeterince ilgilenmedi				
Öneri:				
39. Doğum ekibi bana güven verdi				
Öneri:				
40. Doğumda ebe her ihtiyacım olduğunda yanımdaydı				
Öneri:				
41. Ağrım olduğu sürece ebe beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı				
Öneri:				
42. Doğumda bebeğimin hemen kucağıma verilmesi beni mutlu etti				
Öneri:				

Ölçeğe ilişkin genel görüş ve önerileriniz: *(Lütfen ölçeğe ilişkin varsa genel görüş ve öneri/lerinizi aşağıya yazınız.)*

EK 6: GÖRÜŞ ALINAN TÜRK DİLİ UZMANLARI

Öğr. Gör. Dr. Duygu Ak Başoğul	İstanbul Üniveristesi-Cerrahpaşa Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi, Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü, Türkçe Eğitimi Ana Bilim Dalı
Öğr. Gör. Dr. Melda Karagöz	İstanbul Üniveristesi-Cerrahpaşa Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi,Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü,Türkçe Eğitimi Ana Bilim Dalı
Öğr. Gör. Cansu Aksu Raffard	İstanbul Üniveristesi-Cerrahpaşa, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi, Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü, Türkçe Eğitimi Ana Bilim Dalı

EK 7: ETİK KURUL KARARI

EK 8: KURUM İZNİ

EK 9: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Doğum uygulamalarının kadın tarafından nasıl algıladığı, olumlu bir doğum deneyimi ve kadının refahının geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, doğumda yapılan uygulamaların kadın tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkaracak geçerli ve güvenilir bir araç (Doğum Uygulamalarını Algılama Ölçeği (DUAÖ) geliştirmektir.

Bu çalışmaya, katılıp katılmama konusunda, hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemez iseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak isterseniz, araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz. Çalışmada kesinlikle isim sorulmayacak, veriler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişi ile paylaşılmayacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır.

Zeynep Barol Kurtoğlu

İÜ-C Sağlık Bilimleri Enstitüsü

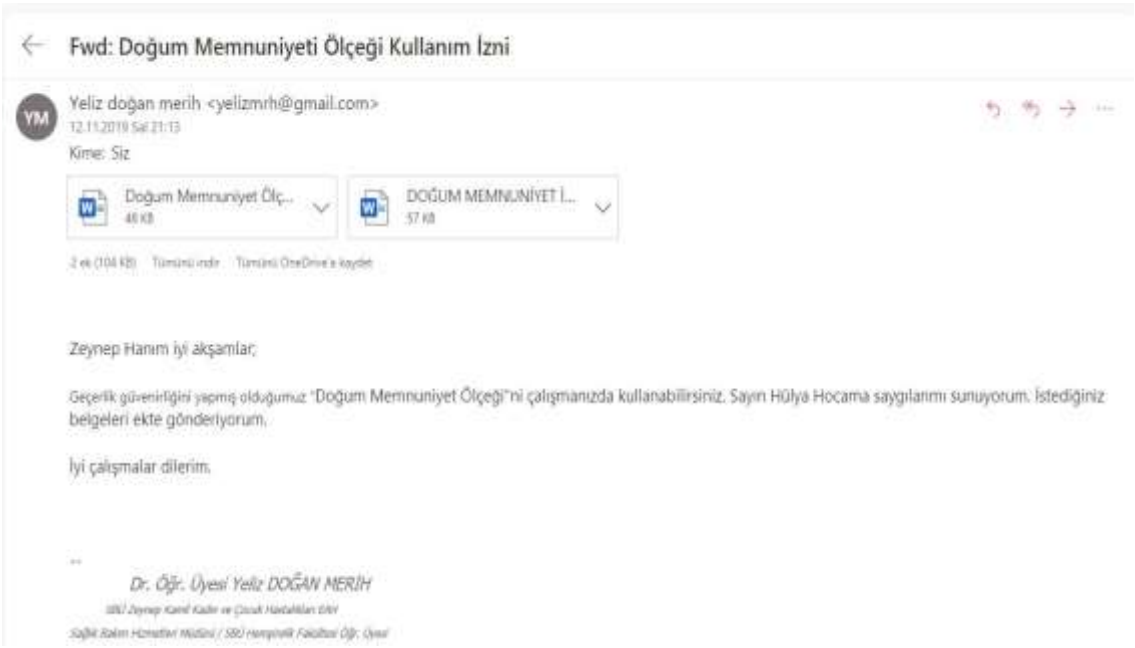
Ebelik ABD Doktora Öğrencisi

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılabileceğimi kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

İmza:

EK 10: DOĞUM MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Fwd: Doğum Memnuniyeti Ölçeği Kullanım İzni

YM

Yeliz doğan merih <yelizmrh@gmail.com>

12.11.2019 Sal 21:13

Kime: Siz

Doğum Memnuniyet Ölç...
48 KB

DOĞUM MEMNUNİYET İ...
57 KB

2 ek (104 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive a kaydet

Zeynep Hanım iyi akşamlar;

Geçerlik güvenirliğini yapmış olduğumuz "Doğum Memnuniyet Ölçeği"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Sayın Hülya Hocama saygılarımı sunuyorum. İstediğiniz belgeleri ekte gönderiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

--

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz DOĞAN MERİH

SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH

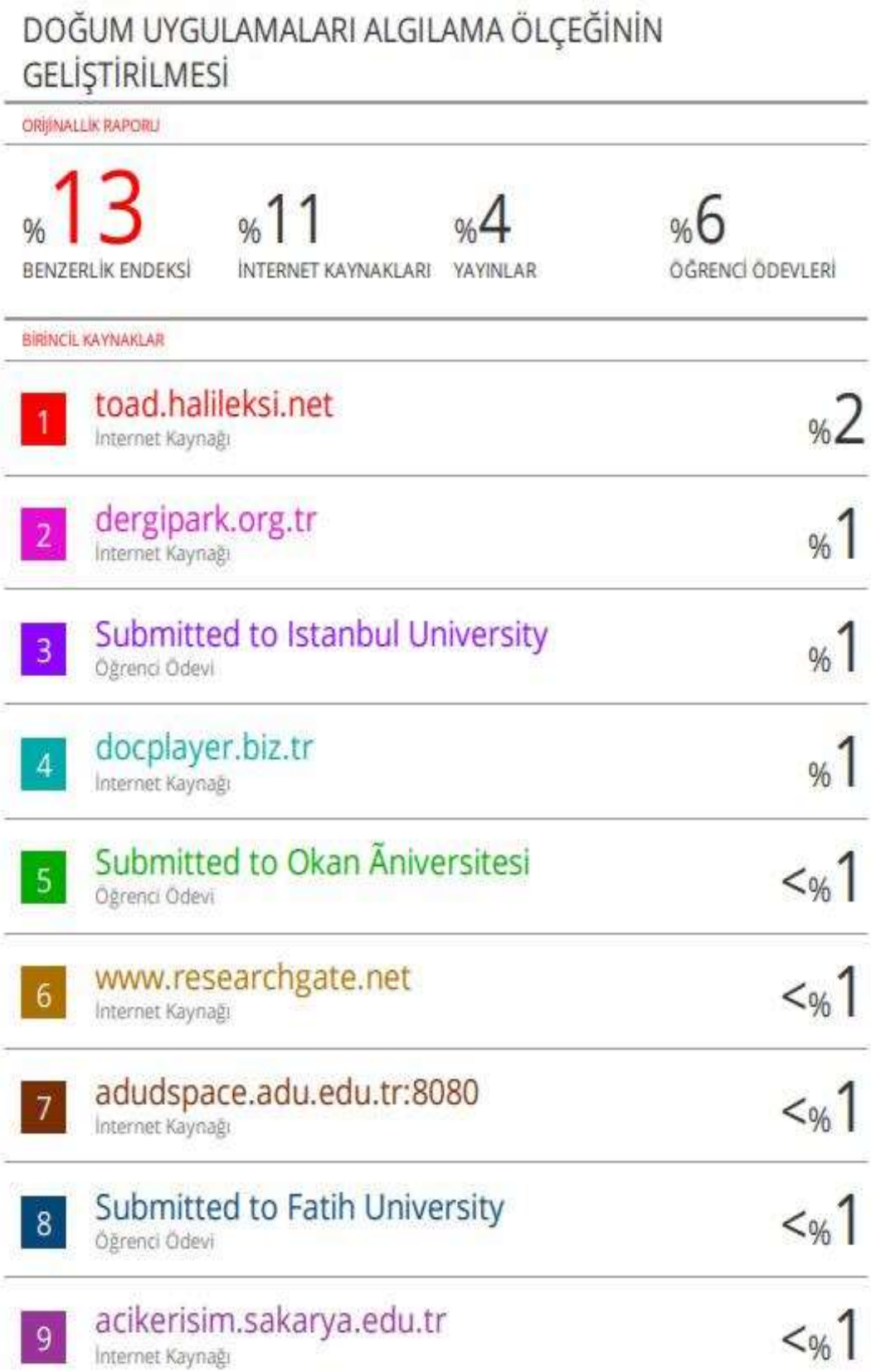
Sağlık Bilimi Hizmetleri Müdürü / SBÜ Hemşirelik Fakültesi Öğr. Üyesi

EK 11:DOĞUM UYGULAMALARI ALGILAMA ÖLÇEĞİ

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Müdahaleler					
1. Doğum sırasında beni izleyenlerin olması rahatsız ediciydi					
2. Doğum yaptığım pozisyonda ıkınmakta zorlandım					
3. Doğum masasına yatarken kendimi savunmasız hissettim					
4. Bebeğin kalp atışlarını dinlemek için bağlanan cihaz (NST) beni rahatsız etti					
5. Doğum süresince alttan sık sık muayene yapılması beni rahatsız etti					
6. Doğum sırasında ıkınmam için yapılan uyarılardan rahatsız oldum					
7. Doğum süresince yanımda bir yakınım olmadığı için kendimi çaresiz hissettim					
8. Doğum eylemi süresince çok susadığımı hissettim					
9. Doğumhaneye kabul edildiğimde ortamı bilmediğim için tedirgindim					
10. Doğumda ağrılarım olduğunda yatmak zorunda kalmak rahatsız ediciydi					
11. Doğum süresince yapılan tıbbi girişimler (serum/sonda/lavman yapılması) beni rahatsız etti					
12. Doğum eylemi süresince çok aç kaldığımı hissettim					
Ekip Yaklaşımı					
13. Doğum ekibinin beni karşılama şeklinden memnun kaldım					
14. Ağrıyla baş etmem konusunda doğum ekibi bana yeterince destek oldu					
15. Doğum ekibi bedenime dokunmak için izin istedi					
16. Doğum ekibine istediğim soruyu sorabildim					
17. Doğum ekibi tedavi ve bakım ile ilgili kararlara katılmamı sağladı					
18. Doğum ekibi doğum süresince bana özenli, saygılı ve nazik davrandı					
19. Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile konuştu					
20. Doğum ekibi ilaç kullanmadan ağrımı azaltmak için elinden geleni yaptı					
21. Doğum süresince yapılan uygulamalar sırasında mahremiyetime dikkat edildi					

YÖNERGE: Ölçekten 21-105 arasında puan alınabilir. Ölçekte 13,14,15,16,17,18,19,20,21 maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça alt boyutlarda ve ölçek genelinde doğum uygulamalarına ilişkin negatif algı artmaktadır. DUAÖ kadın sağlığı alanında yapılacak bütün çalışmalarda, doğumda yapılan müdahaleler ve ekip yaklaşımı birlikte veya ayrı şekilde, doğumdan hemen sonra veya geç dönemde değerlendirmek için kullanabilir.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



DOĞUM UYGULAMALARI ALGILAMA ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%13	%11	%4	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%2
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
7	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Fatih University Öğrenci Ödevi	<%1
9	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ZEYNEP	**Soyadı**	BAROL
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Hemşirelik Bölümü/Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tez Adı: Sağlık Ekibinin Doğal Doğum İle İlgili Çekinceleri (2015) Tez Danışmanı:(Gülay Rathfisch)	2015
Lisans	İstanbul Üniversitesi, Sağlik Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü/Ebelik Anabilim Dalı	2010
Lise	Abdurrahman Paşa Süper Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştirma Görevlisi	Ondokuz Mayis Üniversitesi/Sağlik Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü)	2016-halen
2.	Araştirma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa/Sağlik Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü/Ebelik Anabilim Dali	2017-2019
3.	Öğretim Görevlisi	Altinbaş Üniversitesi/Sağlik Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	2014-2016

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok Iyi	orta	iyi	82,5	

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	73,25		

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Word, excel, ppt	iyi

Yayınlar

Barol Kurtoğlu Z, Kaya N (2019). Doğumda Defansif Tıp Uygulamalarının Hasta Hakları ve Ebelik Etik Kodları Yönünden Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(3), 610-620,Doi: 10,5152/hsp.2019.523978

Barol Kurtoğlu Z, Yılmaz T (2018). Gebelik Döneminde Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Ebelik Yaklaşımı. Sağlık Bilimleri Dergisi, Doi: 10,5336/healthsci.

Bildiriler

Barol Kurtoğlu Z (2019). "Moksibasyon": Makat prezantasyonun önlenmesinde kullanılan geleneksel bir yöntem"Moxibation": A traditional method for preventing breech presentation. 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:5631395)

Barol Kurtoğlu Z, Kizilkaya T, Timisi Nalçaoğlu N (2019). Türk Dizi ve Filmlerinde Doğum Yapan Kadının Temsili: Ebelik Perspektifinden Nitel Bir AraştırmaRepresentation of Women Who Giving Childbirth in Turkish TV Series and Films: A Qualitative Research from Midwifery Perspective. 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:5631373)

Barol Kurtoğlu Z, Şolt Kirca A (2019). Uyuyamıyorum Ebe Hanım!: Gebelikte Uyku Sorunlarına Güncel YaklaşımlarI Can'xxt Sleep Midwife !: Current Approaches to Improve Sleep Quality in Pregnancy. 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:5631263)

Barol Kurtoğlu Z, Kaya N (2019). Doğumda Defansif Bir Uygulama: "Defansif Sezaryen"A Defensive Practice at Birth: "Defensive Caesarean". 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:5631424)

Barol Kurtoğlu Z, Eğin B (2018). Tamamlayıcı Beslenmede Yeni Bir Yaklaşım: Bebek Liderliğinde Beslenme (BLB). 5.Uluslararasi 9.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:5632138)

Barol Kurtoğlu Z,Tektaş E (2018). Doğumun doğallaşmasında anne dostu hastanelerin yeri. 5.Uluslararasi 9.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:5632191)

Barol Kurtoğlu Z,Yön İ (2018). Doğumla Sanatın Birleşmesi: Doğum Dansı. 5.Uluslararsi 9 Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:5632284)

Tektaş E, Barol Kurtoğlu Z, Bozkurt G (2018). Anne sütü bankacılığına yaklaşım ile dini yönelim arasındaki ilişkinin incelenmesi. 1. Uluslararası İstanbul Ebelik Günleri (/Sözlü Sunum)(Yayın No:4564357)

Barol Kurtoğlu Z, Rathfisch G (2018). Sağlık Ekibinin Doğal Doğumla İlgili Çekinceleri. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadin Sağiliği Hemşireliği Kongresi, 1(4), 252-252. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:5631503)

Barol Kurtoğlu Z, Yilmaz T (2018). Doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan uygulamaların değerlendirilmesi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:4719176)

Barol Kurtoğlu Z (2018). Bir sağlık sorunu olarak aile içi şiddetDomestic violence as a health problem. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadin Sağiliği Hemşireliği Kongresi, 1, 508-509. (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:5631791)

Barol Kurtoğlu Z (2018). Kadına yönelik şiddetin nedenlerininekolojik model çerçevesinde elealınmasıCauses of violence against women inthe framework of ecological model. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadin Sağiliği Hemşireliği Kongres, 1, 514-515. (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:5631924)

Barol Kurtoğlu Z, Dolgun G (2017). Türkiye'deki ebelerin anne bebek bağlanması ile ilgili yaptıkları çalışmalar: bir meta analiz çalışması. 3rd International 4th National Midwifery Congress (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4117736)

Barol Kurtoğlu Z (2017). Bir doğumhane rutini: epizyotomi, 3. ve 4. derece laserasyonları önlediğine dair yeterli kanıt var mı?. 3rd International 4th National Midwifery Congress (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4117877)

Barol Kurtoğlu Z (2017). Doğum şekli yenidoğanın mikrobiyatasını etkiler mi?. 3rd International 4th National Midwifery Congress (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4117966)