T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

DOĞUMDA KADIN MERKEZLİ BAKIM EĞİTİMİNİN EBELERİN HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ VE İŞ DOYUMU DÜZEYİNE ETKİSİ

TUBA KIZILKAYA

DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLÜMSER DOLGUN

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

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 olmadığını beyan ederim.

Tuba KIZILKAYA

İTHAF

Bu doktora tez çalışmamı anneciğim başta olmak üzere tüm kadınlara ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Doktora tez sürecimde her zaman bilgisi, tecrübesi ve akademik donanımı ile bana rehber olan, zorlandığım anlarda manevi desteğini hep hissettiğim, yolumu aydınlatan sevgili tez danışmanım Prof. Dr. Gülümser Dolgun'a,

Tecrübeleri ve bilgileri ile çalışmama katkı ve destek sağlayan tez komitesindeki hocalarım Prof. Dr. Saadet Yazıcı ile Prof. Dr. Nurten Kaya'ya ve tez jüri üyesi olarak yer alan hocalarım Doç. Dr. Tülay Yılmaz ile Doç. Dr. Selda Yörük'e,

Tez sürecimdeki katkıları ve destekleri için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümündeki hocalarıma, keyif ve uyum içinde bir arada çalıştığımız tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve ilgiyle, sabırla tüm süreçlerde yardımcı olan idari personellere,

Hem yüksek lisans hem de doktora sürecimde eğitimimi sürdürmemde desteklerini esirgemeyen Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümündeki hocalarıma ve idari personele,

Tez eğitimlerimi çevrim içi olarak yürütmemde teknik destek sağlayan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Bilgi İşlem Daire Başkanlığı çalışanlarına,

Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli'ni geliştiren ve tüm süreç boyunca değerli katkılar sunan Ólöf Ásta Ólafsdóttir başta olmak üzere Marie Berg ve Ingela Lundgren'e,

Zorlandığım her anda motivasyonumu sürdürmemde kıymetli katkıları olan sevgili ebe arkadaşlarım Selma Hancıoğlu Aytaç, Neslihan Şebik, Nükte Taşlar, Sümeyya Öz, Döndü Canatak, Selin Özen Kaya ve Reyhan Aydın Doğan'a,

Yoğun mesai saatleri, ağır çalışma koşulları ve COVID-19 pandemisine rağmen düzenlediğim eğitim programına ilgi ve merakla katılan sevgili ebe meslektaşlarıma,

Doktora yolculuğuna birlikte başladığım ve manevi desteklerini her zaman kalbimde hissettiğim yol arkadaşlarım Seda Serhatlıoğlu ve Zeynep Barol'a,

Maddi ve manevi desteklerini eksik etmeyen sevgili anneme, ablama, abime, Tuğba'ya, güzel enerjileriyle beni hep mutlu eden sevgili yeğenlerime ve bu uzun, zorlu süreçte yanımda olarak bana umut ışığı olan sevgili eşime teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Doğum Deneyimi 4
2.1.1. Kadınların Doğum Sürecindeki Gereksinimleri 6
2.1.2. Doğumda Ebenin Rolleri 7
2.2. Ebelikte Model ve Kuram Kullanımı 9
2.2.1. Modelin Tanımı 9
2.3. Kadın Merkezli Bakım 10
2.3.1. Kadın Merkezli Bakımın Özellikleri 12
2.3.2. Kadın Merkezli Bakımın Faydaları 13
2.3.2.1. Kadın İçin Yararları 13
2.3.2.2. Yenidoğan İçin Yararları 13
2.3.2.3. Ailesi İçin Yararı 14
2.3.2.4. Ebeler İçin Yararları 14
2.3.3. Kadın Merkezli Bakım Uygulamanın Güçlükleri 14
2.4. Ebelik Bakım Modellerinin Kullanımı 15
2.4.1. Ebelik Model ve Kuramlarının Yararları 16
2.5. Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Uygulayabilmek için Faydalı Olabilecek Kavramlar 17
2.5.1. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) 17
2.5.2. Psikolojik Dayanıklılık/Sağlamlık (Resilience) 18

2.6. İş Doyumu....18
2.7. Yetişkin Eğitimi....19
2.7.1. Yetişkin Eğitiminin Temel Özellikleri....19
2.7.2. Eğitimde Reflektif Yöntem....20
2.7.3. Çevrim içi Eğitimde Telekonferans Yöntemi....22
3. GEREÇ VE YÖNTEM....23
3.1. Araştırmanın Türü....23
3.2. Modelin Kavramlarının Türkçe'ye Uyarlanması....23
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....24
3.4. Evren ve Örneklem....24
3.4.1. Dahil etme kriterleri....26
3.4.2. Dışlama kriterleri....26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri....26
3.6. Veri Toplama Araçları....26
3.6.1. Ebe Tanıtıcı Bilgi Formu....26
3.6.2. Minessota İş Doyumu Ölçeği....26
3.6.3. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği....27
3.7. Ebelere İlişkin Genel Özellikler....28
3.8. Veri Toplama Süreci....29
3.8.1. Eğitimin Hazırlık Süreci....29
3.8.2. Eğitimin Amaç ve Hedefleri....29
3.8.3. Eğitim Programının Süresi....30
3.8.4. Eğitim Ortamı....30
3.8.5. Eğitim Yöntemleri....30
3.8.6. Eğitim Materyalleri....30
3.8.7. Araştırmanın Ön Uygulaması....30
3.9. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci....31
3.10. İstatistiksel Analizler....32
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları....34
3.12. Araştırmanın Etik Yönü....34
4. BULGULAR....36
4.1. Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli....37
4.1.1. Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modelinin Temel Kavramları....37

4.2. Ebelerin sosyo-demografik özellikleri 43
4.3. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ ve MİDÖ toplam ve alt boyutlarının puanları 45
4.3.1. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyutlarının puanları 45
4.3.2. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde MİDÖ alt boyutlarının puanları 46
4.4. Eğitim ve kontrol grupları arasında HMBYÖ ve MİDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması 47
4.4.1. Eğitim ve kontrol grupları arasında HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması (H_{1a}) 47
4.4.2.itim grubu ile kontrol grubunun MİDÖ düzeylerinin karşılaştırılması (H_2) 51
4.5. Eğitim ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 55
4.5.1. Kontrol grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 56
5. TARTIŞMA 57
5.1. Ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin tartışması 57
5.2. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve eğitim sonrası 2. ölçümlerde HMBYÖ ve MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının tartışması 58
5.2.1. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve eğitim sonrası 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyut puanları 58
5.2.2. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve eğitim sonrası 2. ölçümlerde MİDÖ toplam ve alt boyut puanları 59
5.3. Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında HMBYÖ ve MİDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının tartışması 59
5.3.1.itim grubu ile kontrol grupları arasında HMBYÖ alt boyut puanları (H1a) 59
5.3.2. Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında MİDÖ toplam ve alt boyut puanları (H_{1b}) 61
5.4. Eğitim ve kontrol gruplarının demografik ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin tartışması 62
6. SONUÇ 64
KAYNAKLAR 66
HAM VERİLER 76

FORMLAR 77
ETİK KURUL KARARI 103
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....105

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Maastricht Perinatal Çerçeveye göre perinatal dönem 5
Tablo 2-2: Ebelik model ve kuramlarının yararları 16
Tablo 3-1: Eğitim öncesi HMBYÖ ve MİDÖ için Cronbach alfa değerleri 28
Tablo 3-2: Geriye dönük güç analizi sonuçları 33
Tablo 4-1: Eğitim ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikleri 43
Tablo 4-2: Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyutlarının puanları 45
Tablo 4-3: Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde MİDÖ toplam ve alt boyutlarının puanları 46
Tablo 4-4: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim öncesi HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması 47
Tablo 4-5: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 1. değerlendirmedeki HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması 48
Tablo 4-6: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 2. değerlendirmedeki HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması 49
Tablo 4-7: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim öncesi MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması 51
Tablo 4-8: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 1. değerlendirmedeki MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması 52
Tablo 4-9: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 2. değerlendirmedeki MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması 53
Tablo 4-10: Eğitim grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 55
Tablo 4-11: Kontrol grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler 56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Maslow Hiyerarşisi kullanılarak hastanede doğum yapan kadınların gereksinimlerinin kategorize edilmesi 7
Şekil 2-2: TNSA 2018 verilerine göre doğuma kimin yardım ettiğine dair istatistik..... 8
Şekil 2-3: Anne ve yenidoğan sağlığı için DSÖ bakım kalitesi çerçevesi..... 12
Şekil 2-5: Gibbs'in Reflektif Çemberi..... 21
Şekil 3-1. Araştırmanın İlk Aşamasının Akış Şeması 24
Şekil 3-2: Araştırmanın İkinci Aşamasının Akış Şeması 25
Şekil 2-4: Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli 38
Şekil 4-1: Eğitim grubu ile kontrol grubunda HMBYÖ 1. ve 2. eğitim sonrası alınan puanlarının dağılımı..... 50
Şekil 4-2: Eğitim grubu ile kontrol grubunda MİDÖ 1. ve 2. eğitim sonrası alınan puanlarının dağılımı..... 54

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

DKMBM Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli

HMBYÖ Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği

MİDÖ Minnesota İş Doyumu Ölçeği

MIMO Midwifery Model of Woman-Centred Childbirth Care

MSQ Minnessota Satisfaction Questionnaire

OECD Organisation for Economic Cooperation and Development

TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO World Health Organization

WOCAT Woman Centred Care Competency Training

ÖZET

Kızılkaya, T. (2022). Doğumda Kadın Merkezli Bakım Eğitiminin Ebelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve İş Doyumu Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Amaç: Araştırmanın birinci amacı, DKMBM'nin Türkçe çevirisinin yapılmasıdır. İkinci amacı ise DKMBM ile ilgili verilen çevrimiçi eğitimin; ebelerin hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyi ve iş doyumuna etkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı modelinin çevirisi yapılarak eğitim programı oluşturulmuş, ikinci aşamada ise ön test – son test kontrol gruplu yarı deneysel bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Mayıs 2019 – Aralık 2021 arasında gerçekleştirilmiştir. Eğitim grubunda 32 ve kontrol grubunda 36 ebenin yer aldığı araştırmada Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği ve Minessota İş Doyumu Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: İlk aşamada modelin çevirisi yapılmış olup uzman görüşleri doğrultusunda modelin temel kavramları Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yapılan yarı deneysel araştırmada, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği alt boyut puanlarının tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde eğitim grubundaki ebelerde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirmede elde edilen içsel doyum puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiş olup gruplar arasında dışsal doyum ve iş doyumu toplam puanı açısından farklılık saptanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler: Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı eğitimi, ebelerin kadın merkezli bakım yetkinlik düzeylerini arttırmada etkili olurken iş doyumu düzeyini etkilememiştir. Kadın merkezli bakım uygulamalarının geliştirilmesinde Türkiye'de nitel ve nicel araştırmaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: ebelik, doğum, kadın, kadın merkezli bakım, model

ABSTRACT

Kızılkaya, T. (2022). The Effect of Woman-Centred Midwifery Childbirth Care Training on The Level of Woman-Centred Care Competency and Job Satisfaction Levels of Midwives. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Midwifery, Doctoral Thesis. İstanbul.

Aim: The primary aim of the research is to make the Turkish translation of the Midwifery Model of Woman-Centred Childbirth Care (MiMo). The second purpose of the online education about Woman-Centred Childbirth Care Competency Training (WOCAT) to determine the effect of midwives on patient-centered care competency and job satisfaction levels.

Method: The research consists of two stages. In the first stage, the training program was created by translating the MiMo, and in the second stage, quasi-experimental research was carried out with a pretest-posttest control group. The research was carried out between May 2019 and December 2021. The Patient-Centred Care Competency Scale and the Minnesota Job Satisfaction Scale were used in the study, which included 32 midwives in the training group and 36 midwives in the control group.

Results: In the first stage, the model was translated and the basic concepts of the model were adapted to Turkish in line with expert opinions. In the quasi-experimental study, it was determined that the sub-dimension scores of the Patient-Centred Care Competency Scale were higher in the midwives in the training group than in the control group in univariate and multivariate analyzes. It was observed that the internal satisfaction scores of the education group obtained in the second evaluation after the education were higher than the control group, and no difference was found between the groups in terms of external satisfaction and job satisfaction total scores.

Conclusion and Suggestions: While WOCAT was effective in increasing the female-centered care competence levels of midwives, it did not affect the level of job satisfaction. It is recommended to conduct qualitative and quantitative research in Turkey in the development of woman-centered care practices.

Keywords: midwifery, childbirth, woman, woman-centred care, model

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, kadın yaşamında dönüm noktası niteliğinde önemli bir yaşam deneyimidir. Bu yaşam deneyimi, kadını ve yenidoğanı sadece kısa bir süre etkilemez, kuşaklararası aktarım yoluyla sonraki nesilleri de etkileyebilme özelliğine sahiptir (Aydın ve Yıldız, 2018). Nesillere aktarılan doğum deneyimlerinin niteliği, sağlıklı bir toplum için önemlidir. Doğum süreci, anne ve bebeğin sadece fiziksel açıdan sağlıklı olması, doğum deneyiminin olumlu olması için yeterli değildir. Aynı zamanda kadının psikolojik ve sosyokültürel gerekensimlerinin de karşılanması gereken bir süreçtir. Kadının ve yenidoğanın sonraki yaşamı üzerinde geçici ve kalıcı etkiler bırakmaktadır. Çünkü doğum deneyimi çok sayıda faktörle ilişkilidir. Doğum deneyiminin çok faktörlü bir yapısının olması ve doğum sonuçlarının nesilleri etkileyebilecek nitelikte olması, doğum hizmetlerinin kalitesinin arttırılması için verilmesi gereken önemi de ortaya koymaktadır. Annelik ve doğum hizmetlerinin kalitesini arttırabilmek için doğum hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ve güncel uygulamaların takip edilmesi önem arz eder (WHO, 2018).

Günümüzde bireyselleşmenin ön planda olması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda birey merkezli yaklaşımın benimsenmesi ve gittikçe yaygınlaşması söz konusudur (Ekman ve ark., 2021; Gibson ve ark., 2021). Doğum, fizyolojik, psikolojik ve spiritüel bir süreç olmakla birlikte kadının yaşamında kısa ve uzun vadede etkileri olan önemli bir deneyimdir. Kadınların bu deneyiminin iyileştirilmesinde ebelerin rolü ön plandadır. Ebeler, doğum sürecinde kadına onun gereksinimleri doğrultusunda bakım sunarak, doğumun normal seyrinde ilerlemesine eşlik eder. Doğum sürecinde kadına sürekli ebelik desteği sunarak sürecin en az müdahale ile sürdürülmesini sağlar. Ebe liderliğinde sürdürülen doğumlarda; daha az analjezik kullanıldığı, epizyotomi oranlarının daha az olduğu ve spontan doğum oranlarının daha fazla olduğu, kadınların doğumda kontrol hissinin ve memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Gebelik ve doğumda ebe desteğinin doğumda korku hissini azalttığı ve sezaryen olma oranını azalttığı ifade edilmektedir (Forster ve ark. 2016; McLachlan ve ark. 2016; Sandall ve ark., 2015).

Doğum sürecinde ebelik bakımı, kadının bireysel gereksinimlerine, beklentilere ve kültüre duyarlı olacak şekilde planlanmalıdır. Ebelik felsefesine göre her doğum, eşsiz

ve kadına özgü niteliğe sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kadınlara sunulan ebelik hizmetinin her aşamada destekleyici ve bireyselleştirilmiş olmasını önermekte ve bunun bütüncül bir yaklaşım içeren Kadın Merkezli Bakım ile olabileceğini savunmaktadır. (WHO, 2018). Bu amaçla geliştirilen Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli (DKMBM), doğum ve doğum sonu süreçlerle ilgili kadının beklentilerine, gereksinimlerine duyarlı şekilde bakımın yapılmasının planlanmasını içerir. DKMBM eğitim alan ebelerin modele ilişkin deneyimlerinin incelendiği araştırmada modelin ebeler tarafından uygulanabilir olduğu saptanmıştır (Lundgren ve ark., 2020).

Günümüzde teknolojik ve bilimsel gelişmeler gebelik ve doğum süreclerinde "biyomedikal model"in benimsenmesine, bu süreçleri patolojik olarak algılanmasına, müdahalelerin artmasına ve kadın merkezli bakım arka planda kalmasına neden olmuştur (ICM, 2017). Kadın merkezli bakım yerine iş merkezli bir çalışma anlayışı sisteme hakim olmuştur. İş merkezli çalışma sistemi, ebelerin iş doyumunu ve kadınlar ile kurduğu iletişimin düzeyini olumsuz etkilemektedir. Ebelerin yaptıkları işten doyum almaları, kadınların hayatlarında olumlu anlamda fark oluşturmaları ve değer görmeleri ile ilişkilendirilmiştir (Sullivan ve ark., 2011). Kadın merkezli ebelik uygulamalarının, ebelerin iş doyumunu ve kadınlar ile olan iletişimlerini olumlu düzeyde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Doğumda kadın merkezli ebelik bakımı, çok kültürlü bir toplum olan ülkemizde günümüz koşullarında daha anlamlı ve önemli hale gelmiştir. Fakat ebelik alanında kadın merkezli ebelik uygulamalarının önemi uluslararası literatürde vurgulanırken Türkçe literatürde konuya ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır (Brady ve ark., 2019; Lundgren ve ark., 2020; Schulz ve Wirtz, 2021). Doğuma kadının kararlara aktif olarak katılması, bilinçli seçimler yapabilmesi kadının bilgilendirme ve ebelerin yetkinliği ile yakından ilişkilidir. Ebelerin DKMBM kullanarak işlerini yapması, hem mesleki doyumlarına ve kadın ile olan iletişimlerinin arttırılmasına hem de doğumda medikal uygulamaların azalması ve doğum deneyiminin kadın ve ailesi tarafından olumlu algılanmasına katkı sunacaktır. Ayrıca ülkemizden bu tür uygulamalara yönelik araştırmalara ışık tutması yönüyle de önemli ve gereklidir. Doğumda kadın merkezli uygulamaların kliniklerde yer alabilmesi için model kullanımı rehber niteliğindedir. DKMBM'nin uygulamaya aktarılabilecek nitelikte bir ebelik bakım modeli olduğu gösterilmiştir (Lundgren ve ark., 2020).

Araştırmanın Amacı: Araştırmanın birinci amacı, DKMBM'nin Türkçe'ye çevirisinin yapılmasıdır. İkinci amacı ise, DKMBM ile ilgili verilen çevrimiçi eğitimin; ebelerin hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyi ve iş doyumuna etkisini belirlemektir.

Hipotezler:

H_{1a}: DKMBM eğitim programına katılan ebelerin hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H_{1b}: DKMBM eğitim programına katılan ebelerin iş doyumu kontrol grubununkine göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Deneyimi

Doğum, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel bir süreç olmakla birlikte kadına özgü olan çok boyutlu bir deneyimdir. Bu deneyim, bebeğin uterustan dış dünyaya geçiş yaptığı, mekanik bir sürecin ötesinde olup, aynı zamanda anne ve bebek için doğum sonuçlarını kolaylaştıran, etkileşimi ve bağlanmayı teşvik ederek her ikisi için de uzun vadeli sağlık ve esenliği destekleyen fizyolojik ve psikolojik değişimleri de içerir. Günümüzde doğumun sadece fiziksel boyutuyla değil deneyim boyutuyla da ele alınmasının gerekliliği ortaya konulmuştur. Literatürde doğumun şeklinden ziyade doğum deneyimine odaklanılmaya başlanmıştır. Çünkü bu süreçte yaşanabilecek olumsuz durumlar olsa da esas önemli olan doğum deneyiminin kadın ve ailesi tarafından nasıl algılandığıdır (Gaskin, 2003; Olza ve ark., 2020).

Kadınların pozitif bir doğum deneyimine sahip olması için sağlık sisteminin kadına özgü gereksinimleri etkili ve verimli bir şekilde karşılaması gereklidir. Yapılan bir nitel sistematik derlemenin sonucuna göre; kadınların kişisel, sosyo-kültürel inançlarını ve beklentilerini karşılayan pozitif bir doğum deneyimine sahip olmak istediği belirlenmiştir (Downe ve ark., 2018). Pozitif bir doğum deneyimi için DSÖ 52 maddelik bir kılavuz yayınlamıştır. Bu kılavuzda; kadın merkezli bakımın, travay ve doğum eylemi bakım kalitesinin bütünsel ve insan hakları temelli bir yaklaşımla nasıl optimal hale getirilebileceğinden söz edilmektedir (DSÖ, 2018).

Kadınların doğum deneyimi, perinatal dönemdeki deneyimlerinin önemli bir parçasını oluşturur. Kadınların perinatal dönem deneyimini oluşturan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada; perinatal deneyimin çok boyutlu, karmaşık ve dinamik süreçler olduğu ifade edilmektedir (Vogels-Broeke ve ark., 2021). Staniszewsk ve ark.'nın (2014) çalışması baz alınarak kadınların perinatal dönem deneyimleri çerçevesi geliştirilmiştir. Yedi boyutu içeren perinatal dönem deneyimleri çerçevesi Tablo 2-1'de verilmiştir (Vogels-Broeke ve ark., 2020).

Tablo 2-1: Maastricht Perinatal Çerçeveye göre perinatal dönem

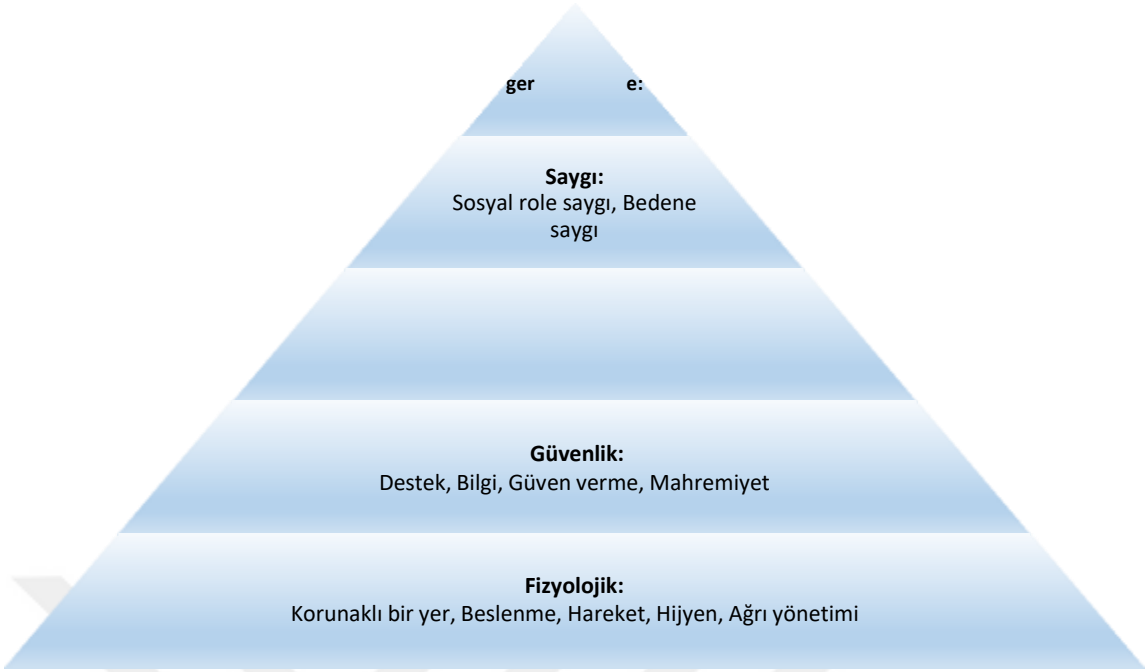
Boyutlar	**Anlatı**
Eşsiz bir birey olarak kadın (maternal özellikler)	Bir kadının perinatal deneyimi, kadının karakteristik özelliklerinden ve bireysel koşullarından etkilenir. Kadının sahip olduğu değerleri, doğum ile ilgili inançları ve risk algıları; perinatal döneme ilişkin beklentilerini, tercihlerini ve deneyimlerini önemli düzeyde etkiler.
Kadın bakımda aktif bir katılımcıdır.	Kadın, sağlık bakımında aktif bir katılımcı, sağlığının ve bakım hizmetlerin kullanımının ortağı olarak kabul edilir. Bir kadının kendi gereksinimlerine ve isteklerine göre şekillenen karar alma süreçlerine katılması, bakım deneyimi açısından önemlidir. Aktif bir katılımcı olmak, kadının kendi bedeni üzerindeki hakkı, sağlığı ve esenliği konusundaki sorumluluğu, hizmet alımında aktif katılımı ve doğum hizmeti dahil olmak üzere güç ve kontrol kavramlarıyla ilişkilidir. Kadını güçlendirmenin iç ve dış özellikleri, aktif katılımı sağlamak için kritik öneme sahiptir.
Annelik bakımı ve sağlık hizmetlerinin yanıt verebilirliği– bireyselleştirilmiş bir yaklaşım	Annelik bakımının felsefesi ve modeli, bir kadının deneyimini etkiler (örneğin bakımın sürekliliği olarak örgütsel boyut). Her düzeyde sağlık hizmetlerinin yanıt verebilirliği (responsiveness) ve hizmet sunanların tutumu, kadını bir birey olarak görmeyi, tanımayı ve hizmetleri kadının gereksinimlerine, tercihlerine ve değerlerine cevap verecek şekilde uyarlamayı içerir. Bakım ve sağlık hizmetlerinin ne kadar iyi performans gösterdiğini değerlendirmede kadının bakış açısı ve memnuniyet düzeyi önemlidir.
Gebe kalma, doğum yapma ve doğum sonrası dönem deneyimleri	Perinatal dönem, çeşitli aşamaları olan gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem olarak devam eden dinamik bir süreçtir. Kadının deneyiminde her aşama, sonrakileri etkiler. Kadınların düşünceleri ve duyguları kararsız olabilir ve her zaman net olmayabilir. Perinatal dönemde, kadının bebeğine bağlanması ve akrabalarına yakınlığı önemlidir. Kadınların anneliğe geçişi ve annelik rolüne uyumu, bakış açılarında ve önceliklerde değişimleri de beraberinde getirebilir.
Bakım sağlayıcılarla iletişim ve ilişkiler	Etkili iletişim, iki yönlü bir etkileşim ve uyumlu sözlü ve sözsüz ifade etmeyi gerektirir. Bir kadının güvenliği ve güven duygularının geliştirilmesi için yetkin ve şefkatli sağlık profesyonelleri gereklidir. Kadınlar, saygılı, destekleyici ve karar verme süreçlerine kendilerini aktif olarak dahil eden kişisel bir yaklaşımı ve bakımın sürekliliğini tercih ederler. Bir kadın, doğum deneyimi hakkında konuşma ve sorularına cevap bulma imkanına sahip olmalıdır. Kadınların tutarlı bilgi ve tavsiye almasını sağlamak için bakım sistemi genelinde bakım sağlayıcılar arasındaki iletişim iyi olmalıdır.
Bilgi ve doğuma hazırlık eğitimi	Annelik bakım sistemine uygun ve uyumlu bilgiler, bir kadının deneyimi üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Bir kadının doğru zamanda kişiselleştirilmiş bilgiye ihtiyacı vardır. Bilgi, bir kadının bakımında aktif bir katılımcı olmasını sağlar. Ayrıca bilinçli seçim ve ortak karar verme ile ilgilidir.
Sosyal çevreden destek	Perinatal dönem, kadının partnerini ve sosyal ağını içerir. Kadın, kendi kültürel ve/veya dini gelenekleri ve değerleri olan bir topluluğun parçasıdır. Kişisel çevresi ve daha geniş olarak toplum, annelik ve doğum deneyimlerini etkiler.
Toplumsal etki	Toplumsal tanımlar, perinatal dönemde neyin kabul edilebilir ve neyin kabul edilemez olduğu da dahil olmak üzere, gebelik ve doğuma ilişkin risk algısını ve yönetimini etkiler. Politik kararlar, kanun ve yönetmelikler, bakımın organizasyonunu, erişilebilirliği ve perinatal dönemde mevcut kaynakların belirlenmesini etkiler.

(İzin alınmıştır.)

2.1.1. Kadınların Doğum Sürecindeki Gereksinimleri

Doğum eyleminde kadınların fizyolojik ve psikolojik gereksinimleri ön plana çıkmaktadır. Kadınların temel fizyolojik gereksinimlerini sıklıkla oksijen, hidrasyon, enerji ve hormonların üretimi oluşturmaktadır. Ayrıca kadınların duygusal açıdan iyilik haline, güvenli bir doğum ortamına ve desteğe de gereksinimi vardır. Kadının doğum eylemi sürecinde hareket etme özgürlüğü, dinlenme özgürlüğü vardır. Süreç boyunca yapılacak tüm müdahaleler hakkında onayının alınması ve kadının seçim hakkının bulunması ise bir gerekliliktir. Doğum sürecinde kadının konfor düzeyinin üst düzeyde tutulması ve mahremiyetinin korunması da oldukça önemlidir. Kadınların doğumdaki beklentilerinin belirlenmesi ebelik bakımını planlamanın bir basamağı niteliğindedir. Sağlık sistemi de kadının doğum sürecinde temel gereksinimlerini etkili ve verimli şekilde karşılayacak nitelikte olmalı ve doğumda kadının sosyal destek alabileceği bir kişi yanında bulunabilmelidir (Hoop-Bender ve ark., 2016). Kadınların doğum sürecindeki beklentileri ile ilgili yapılan bir meta analizde, kadınların beklentileri; güvende olmalarının sağlanması ve sosyokültürel gereksinimlerine cevap verilmesi olarak belirlenmiştir (Downe ve ark., 2018).

Maslow Temel İnsan Gereksinimleri Kuramı, insan gereksinimlerinin yer aldığı beş düzeyden oluşur. İlk düzeyde solunum, beslenme ve boşaltım gibi temel fizyolojik gereksinimler yer alır. İkinci düzeyde güvenlik ve korunma gereksinimleri vardır. Üçüncü düzeyde sevgi, saygı, benimsenme ve aidiyet gibi sosyal gereksinimler yer alırken; dördüncü düzeyde beğenilme, takdir edilme, saygı duyulma ve değerli hissetme yer alır. En son düzeyde kendini gerçekleştirme yer alır. Bu hiyerarşi önceliklerin belirlenmesinde kullanılır. İnsanların temel fizyolojik ve güvenlik gereksinimleri önemli öncelikle olarak açıklanır. Burada yer alan gereksinimler bireye özgü farklılık gösterebilmektedir. Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri temel alınarak yapılan bir araştırmada, kadınların hastanedeki doğum deneyimlerini iyileştirilmesi için karşılanması ve değerlendirilmesi gereken unsurlar belirlenmiştir. Araştırmada rapor edilen gereksinimler; beslenme, hijyen, mahremiyet, bilgi, bedensel saygı, sosyal sole saygı, aile yakınlığı, barınma, ağrı yönetimi, ortaklık, hareket, güvence, destek ve güçlendirme şeklindedir (Anderson ve ark., 2021).



Şekil 2-1: Maslow Hiyerarşisi kullanılarak hastanede doğum yapan kadınların gereksinimlerinin kategorize edilmesi

Kaynak: Anderson, G., Zega, M., D'Agostino, F., Rega, M. L., Colaceci, S., Damiani, G., ... & Cocchieri, A. (2021). Meta-synthesis of the needs of women cared for by midwives during childbirth in hospitals. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 50(1), 6-19.

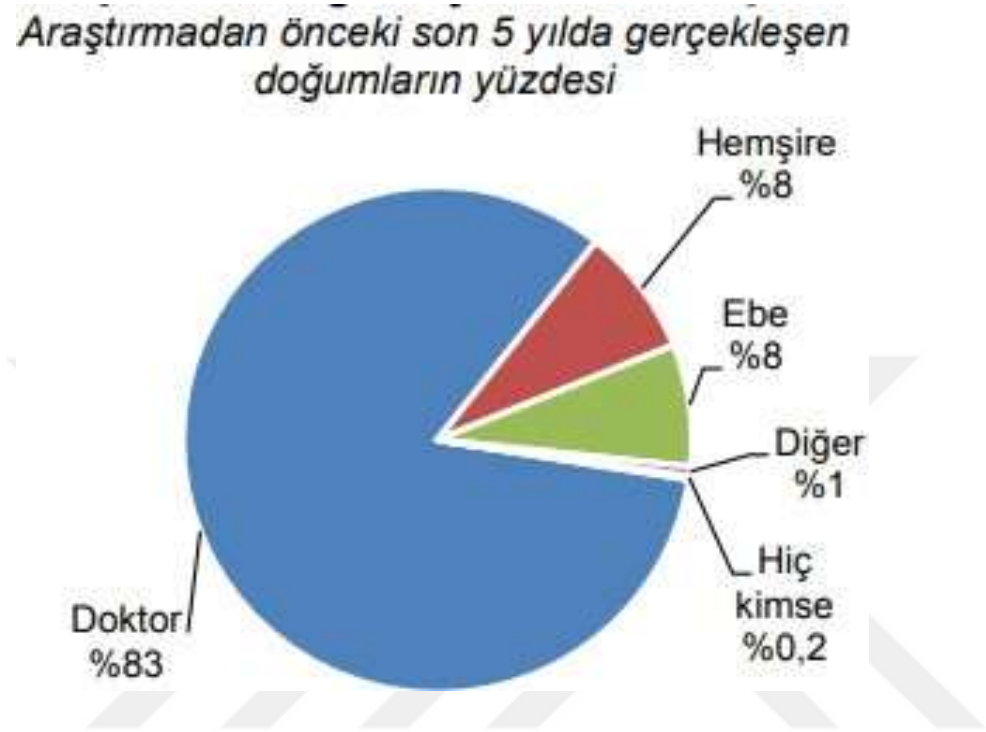
(İzin alınmıştır.)

2.1.2. Doğumda Ebenin Rolleri

Ebeler, doğumda aktif rol alan birincil sağlık profesyonelleridir. Kadınların doğum deneyimlerinin iyileştirilmesinde sürekli ebelik bakımı önemli bir yere sahiptir. Ebeler, doğum sürecinde kadına onun gereksinimleri doğrultusunda bakım sunarak, doğumun normal seyrinde ilerlemesine eşlik eder, kadına sürekli ebelik desteği sunar ve sürecin en az müdahale ile sürdürülmesini sağlar (Sandall ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda; ebelerin liderliğinde yürütülen doğumlarda daha az analjezik kullanıldığı, epizyotomi oranlarının daha az olduğu ve spontan doğum oranlarının daha fazla olduğu, kadınların doğumda kontrol hissinin ve memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca gebelik ve doğumda ebe desteği, doğumda korku hissini azaltmakta ve kadınlar daha az sezaryen olmaktadır (Kashanian ve ark. 2010; Soltani and Sandall 2012; Hodnett et al. 2013; Forster ve ark. 2016; McLachlan ve ark. 2016).

Birçok kamu kurumunda doğumda kadınlara destek olan birincil sağlık profesyoneli ebeler olmasına rağmen Şekil 2-2'de gösterildiği üzere Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması istatistikleri bu durumun aksini yansıtmaktadır (TNSA 2018). Doğum

sürecinde aktif rol alan ebeler olsa da maalesef ebelerin doğum sürecindeki rolleri ve yaptığı uygulamalar sadece Türkiye'de değil tüm dünyada da benzer şekilde görünür değildir (Gilkison, 2017).



Şekil 2-2: TNSA 2018 verilerine göre doğuma kimin yardım ettiğine dair istatistik

Ebelerin rollerini yerine getirmesinde kanıta dayalı bilgilerden yararlanması oldukça önemlidir. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu'na göre ebelik bakım modelinin özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır (ICM, 2010):

1. Çocuk sahibi olmak kadın, ailesi ve toplum için önemli bir deneyimdir.
2. Doğum normal fizyolojik bir süreçtir.
3. Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara en uygun bakım sağlayıcılarıdır.
4. Ebelik bakımı, kadınların ve ailelerin kendi sağlık düzeylerini arttırmaları için sorumluluk üstlenmelerini sağlar.
5. Ebelik bakımı kadınlarla ortaklaşa gerçekleşir ve kişiselleştirilir, süreklidir ve otoriter değildir.

6. Ebelik bakımı sanatı ve bilimi birleştirir. Ebelik bakımı, doğası gereği bütüncüldür; kadınların sosyal, duygusal, kültürel, ruhsal, psikolojik ve fiziksel deneyimlerini anlamaya ve mevcut en iyi kanıtlara dayanır.

7. Ebeler, kadınlara ve kadınların doğurma yeteneğine güvenir.

8. Kadın, bakımında birincil karar alıcıdır ve karar verme yeteneklerini arttıran bilgi edinme hakkına sahiptir.

2.2. Ebelikte Model ve Kuram Kullanımı

2.2.1. Modelin Tanımı

Model Fransızca kökenli «modéle» kelimesinden gelmekte olup, bir düşüncenin sembolik ve fiziksel olarak göz önünde canlandırma yoluyla açıklanmasıdır (Marriner,1986). Türk Dil Kurumu sözlüğünde model; "bir özelliği olan nesne veya kişi, biçim; örnek olmaya değer kimse veya şey, örnek, paradigma; bir nesnenin yapıldığı kalıp, semboller veya şekillerin tasarlanması" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca model, "sistematik olarak oluşturulan ve işi yapan kimselere yaptıkları iş hakkındaki düşüncelerini düzenlemede ve bu düşünceleri hastaların ve mesleğin menfaatine uygulamaya geçirmede yardım eden, bakımın mental ya da şematik bir temsili" şeklinde tanımlanır (McEwen ve ark., 2014).

Doğrudan gözlemlenemeyen veya zihinde canlandırılamayan kavramların anlaşılmasına yardım eden modeller, öğrenme sürecini kolaylaştırır. Ayrıca kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyar. Modelin sembolik formunun, "tıpkı model uçaklarda olduğu gibi, sözcükleri, matematiksel işaret sistemini veya fiziksel materyali" içerebildiği ifade edilmektedir. Buna örnek olarak "uzay simülasyonlu özel salona giden bir kişi evren hakkında daha iyi bilgi ve anlayışa sahip olması" verilmektedir. Bu örnekte kişinin tüm evreni gözle görüp kavraması mümkün değildir. Simülasyonlu salona giren kişi evreni fark ederek daha derin bir anlayışa sahip olur. Modeller uygulamayı daha açık, belirgin hale getirerek daha bilinçli karar vermeyi ve uygulamada esnekliği sağlar. Kuramların modeller aracılığı ile grafiksel olarak gözle görülür ve elle tutulur hale geldiğinden söz edilmektedir (Kaya ve ark, 2012).

Ebelik modelleri soyuttur ve ebeliğin önemli kavramları arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından çok kıymetlidir. Model, sadece kavramlardan ibaret bir yapı değil, ebeliğin eğitim, uygulama, araştırma ve yönetim alanlarında yol haritası niteliğinde olup değişime açık dinamik bir sistemdir. Ebelik modelleri, ebelik biliminin insan/kadın,

çevre, ebelik ve sağlığa ilişkin bakış açısını göstermekte ve kuramcı ebelerin bu kavramları nasıl tanımladığını göstermektedir.

Modellerin üç temel bileşen üzerine kurulu olduğu bilinmektedir;

1. Modelin temelini oluşturan inanç ve değerler sistemi
2. Uygulama hedefleri veya uygulayıcının amaçladığı başarı unsurları
3. Uygulayıcının hedeflerine ulaşmak üzere geliştirdiği bilgi ve beceriler

2.3. Kadın Merkezli Bakım

İkinci dalga feminizmin sağlık hizmeti üzerindeki etkisi ile ortaya çıkan kadın merkezli bakım kavramı, sağlık hizmetlerinin sunulmasında, kadının bireysel gereksinimlerine ve beklentilerine odaklanılması anlamına gelmektedir (Andrist, 1997; Leap, 2009). Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu annelik hizmetlerinde bir kalite göstergesi olmakla birlikte (Labrusse, 2016; Fontein-Kuipers ve ark., 2018) ebelik felsefesinin de temelini oluşturmaktadır (ICM, 2017; WHO, 2018). Kadın merkezli bakım çok boyutlu ve holistik perspektifi içeren bir kavram olduğundan literatürde kadın merkezli bakımın çeşitli tanımları mevcuttur (Morgan, 2015; Yanti ve ark., 2015; Fontein-Kuipers ve ark., 2018). Kadın merkezli bakım, her kadının sosyal, duygusal, fiziksel, ruhsal ve kültürel ihtiyaçlarını tanıyarak bütünsel bir yaklaşımı destekleyen bir annelik bakımı felsefesini tanımlamak için kullanılmaktadır. Kadın merkezli bakımın tanımı, bakımın sürekliliğine ve yetkilendirmeye atıfta bulunarak, seçim ve kontrolü vurgulayan bir nitelikler listesine dayanır (Morgan, 2015; Dong ve ark., 2022). Kadın merkezli bakım ebelik için bir altın standart olarak kabul edilmektedir (Jenkinson et al., 2017).

Mevcut sistemde “biyomedikal model” benimsendiğinden gebelik ve doğum süreçleri patolojik olarak algılanmaktadır (ICM, 2017). Gebelik ve doğuma ilişkin bakımın tıbbileştirilmiş ve 'teknokratik' bir yaklaşımla ilişkilidir (Davis-Floyd, 2007). Biyomedikal model ile doğum süreci; normal ve riskli olarak iki grup altında değerlendirilmektedir. Bir kadının normal şeklinde değerlendirilmesi ancak geriye dönük olarak mümkündür. Yani gebelik ve doğum sürecinde herhangi bir komplikasyonun veya riskli durumun yaşanmaması durumunda normal gebelik olarak değerlendirilir. Bu nedenle bütün kadınlara gebelik ve doğum sürecinde risk altındalarmış gibi yaklaşılması söz konusudur. Kadın merkezli bakımda ise risk kavramından “belirsizlik” şeklinde söz

edilir. Risk kavramı, hep olumsuzluklar ve kötü senaryolarla ilişkili iken belirsizlik kavramı olumlu ve olumsuz durumların her ikisini de içerir. Dolayısıyla gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde risk kavramı yerine belirsizlik kavramının kullanılması önerilir (Divall, 2018).

Biyomedikal modelde gebelik ve doğum süreçleri patolojik olarak algılanmaktadır. Doğumhane ve doğum servislerinde çoğu kez kadınlardan hasta, ebelerden hemşire olarak bahsedilmesi bu durumun en önemli göstergesidir. Biyomedikal modelde kadınlar nesne olarak ele alınmaktadır ve bakımın merkezinde sağlık profesyonelleri yer alır. Yapılan uygulamalar ve doğum ortamının düzenlemesi sağlık profesyonelinin girişim yapmasını teşvik edecek düzeyde organize edilmektedir. Sağlık profesyonellerinin rollerine bakıldığında ise ebenin yardımcı olarak konumlandırıldığı ve obstetrisyenin ön planda olduğu göze çarpmaktadır. Biyomedikal modelin yaygın olmasının en kritik sonuçları gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerinde girişimlerin yüksek oranda olması, sezaryen oranlarının artışıdır. Doğum süreçlerine müdahale edilmesi, doğumun doğal seyrini olumsuz yönde etkilemekte sezaryen oranlarının arttırmakta ve kadınların doğum deneyimini olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemizde son on yılda artan sezaryen oranları, doğuma müdahale oranları ve doğum korkusu oranları kadın merkezli bakıma duyulan gereksinimi ortaya koymaktadır (Erkaya, 2017; OECD, 2018). Kadınların olumsuz ya da travmatik doğum deneyimi yaşamasını önlemek için kadınların kendilerini özgür ve güvende hissedebilecekleri, onların kültürel, sosyal gereksinimlerine göre kadın merkezli doğum ortamlarının oluşturulması gereklidir (Dencker ve ark., 2018).

DSÖ güncel araştırmalar doğrultusunda kadın merkezli bakımın uygulanmasını önermektedir. Artan sezaryen oranları, kadın merkezli bakıma duyulan gereksinimin en önemli göstergelerinden birini oluşturmaktadır. DSÖ Bakım Kalitesi Çerçevesinde kadın merkezli bakımın önemli bir çıktı olduğunu açıklar (Şekil 2-3). Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) 2018 yılı istatistiklerine göre Türkiye sezaryen oranı ile (%54,8) dünyada ilk sırada yer almaktaydı. OECD 2022 verilerine göre Türkiye, dünyada ikinci sırada (%54,4) yer almaktadır (OECD, 2022). Yapılan araştırmaların sonucunda kadınların olumsuz ya da travmatik doğum deneyimini önlemek için kadınların kendilerini özgür ve güvende hissedebilecekleri kadın merkezli doğum ortamları oluşturmak gereklidir (Dencker ve ark., 2018).



Şekil 2-3: Anne ve yenidoğan sağlığı için DSÖ bakım kalitesi çerçevesi

Kaynak: World Health Organization (WHO), (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. (İzin alınmıştır.)

2.3.1. Kadın Merkezli Bakımın Özellikleri

Kadın merkezli bakımın kavramsallaştırılmasında diğer sağlık disiplinlerindeki hasta merkezli bakım kavramının ele alınış biçiminden yararlananılmıştır. Langberg ve ark. (2019)'in Hasta Merkezli Bakım Sınıflandırması doğrultusunda kadın merkezli ebelik bakımının üç seviye şeklinde sınıflandırılabileceği açıklanmıştır (Schulz ve Wirtz, 2021);

1. Kadın (örneğin kadının tercihlerinin, değerlerinin ve davranışlarının dikkate alınması, duygusal destek, aile üyelerinin katılımı)

2. Kadın-ebe ilişkisi (güven, empatik iletişim, bilgi, ortak karar verme, ebenin algılanan uzmanlığı)

3. Bakımın bütünlüğü (süreklilik ve koordineli bakım)

Kadın merkezli bakımın değerlendirilmesinde nicel ölçümler kullanılabileceği gibi öznel yönleri açısından nitel olarak değerlendirilmesi de önerilmektedir (Fontein-Kuipers ve ark., 2018).

2.3.2. Kadın Merkezli Bakımın Faydaları

Her kadının doğumu kendine has olduğundan doğum sürecinde kadına sunulan hizmet de bireyselleştirilmiş olmalıdır. Kadınlar doğum deneyimini; kültürel özellikleri, önceki deneyimleri, bireysel farklılıkları nedeniyle farklı yaşarlar ve farklı gereksinimleri olur. DSÖ 2018 yılının şubat ayında yayınladığı "Pozitif Bir Doğum Deneyimi için DSÖ'nün İntrapartum Bakım Önerileri" kılavuzunda kadın merkezli bakım kavramının önemini vurgulamakta ve kadın merkezli bakım modellerinin toplum ve sağlık profesyonelleri arasında köprü görevi gördüğünü ifade etmektedir (WHO, 2018). Shaw ve ark.'nın (2016) Lancet'te yayınlanan bir makalesinde ülkelerin bakım sistemlerinin ve bakım sağlayıcılarının kadın merkezli bakımı nasıl teşvik edeceklerini göz önünde bulundurmaları gerektiği öne sürülmektedir. Doğumda kadın merkezli bakımın verilmesinin kadın, yenidoğan, aile ve ebeler için ön görülen temel yararları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Johnson ve ark., 2003; Leap, 2009; Berg ve ark., 2012; Labrusse ve ark., 2016; Hunter ve ark., 2017; Evans ve ark., 2018; Fontein-Kuipers ve ark., 2018).

2.3.2.1. Kadın İçin Yararları

- Doğumun fizyolojik ve müdahalesiz ilerlemesine yardımcı olur.
- Doğumda medikal müdahale oranlarını azaltır.
- Kadının yeterlilik hissini arttırır.
- Kendi bakım sürecinde aktif yer aldığından kadının özgüvenini arttırır.
- Mahremiyeti korunduğu ve güvende olduğu için doğum sürecinde kendini "akışa bırakmasını" kolaylaştırır.

2.3.2.2. Yenidoğan İçin Yararları

- Kadının otonom olduğu bir doğumda bebeği ile arasındaki ilişki daha güçlü olur.
- Kadının yeterlilik hissini arttıracağından bebeğinin bakımında daha aktif olur ve kendini yeterli hisseder.
- Müdahaleler daha az olacağından bebeğin daha huzurlu dünyaya gelmesi kolaylaşır.
- Anne-bebek bağlanmasını kolaylaştırır.

- Anne sütüne erken başlama ve sürdürme olanağı sağlar.
- Bebeğin anestetik madde alma olasılığı daha az olacağından emzirme daha erken başlar.
- Kadının sentetik oksitosin alma olasılığı daha az olacağından doğum sonrası depresyon riski daha az olur.

2.3.2.3. Ailesi İçin Yararı

- Kadın merkezli bakım, ailenin ve sosyal destek sağlayan bir bireyin doğum sürecine aktif katılımını içerir. Bu durum hem kadın hem de ailenin güvende olma, huzur ve memnuniyet düzeylerini artırır.
- Kadına daha az medikal uygulama yapıldığı için daha az maliyetlidir. Daha erken mobilizasyon ve taburculuk sağlanır. Ailenin ve ülkenin ekonomisine katkı sağlar.

2.3.2.4. Ebeler İçin Yararları

- Ebelerin kadınlarla karşılıklı ilişkilerini olumlu yönde geliştirir.
- Ebelik mesleğinin gelişimini ve otonomisini güçlendirir.
- Ebelerin iş doyumunu arttırır.
- Ebelik uygulamalarının standartlarını belirlemede faydalıdır.
- Kadın merkezli uygulamaların kullanılması ebelik bilgi ve uygulamalarının gelişmesine yardımcı olur.

2.3.3. Kadın Merkezli Bakım Uygulamanın Güçlükleri

Kadın merkezli bakım bireye özgü ve esnek bir yaklaşım gerektirmesi bazı klinik ortamlarda güç olabilmektedir. Türkiye'nin bölgesel özelliklerine göre değişiklik göstermekle birlikte doğumhanelerde her ebe başına düşen kadın sayısı oldukça fazladır. Türkiye'de 55.505'i Sağlık Bakanlığı'nda olmak üzere toplam 59.040 ebe görev yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Ebe sayısı bir çok Avrupa ülkesine göre yüksek gibi görünse de ebeler, perinatal kliniklerin dışında da çalışmaktadır. Dolayısıyla ebelerin sayısı Türkiye için hala yeterli değildir. Bir çok klinikte eş zamanlı doğumlar gerçekleşebilmektedir. Örneğin, doğum oranı en yüksek olan doğu ve güneydoğu bölgelerinde, her kadının bireysel gereksinimlerini gözeterek pozitif bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlamak ebeler için oldukça zorlayıcıdır. Çok sayıda ve aynı anda gerçekleşen doğumlara yaklaşım zaman baskısı nedeniyle iş merkezli olmayı

gerektirebilmektedir. İş yükü ve stresin de kadın merkezli bakımı uygulamada önemli bir engel olduğundan bahsedilmektedir (Lundgren ve ark., 2020).

Ebeler, kadınların isteklerini yerine getirebilmek için iş yerlerinde kadın merkezli bakım sağlamanın yanı sıra sürekli değişen politikalara da bağlı kalma çabası içindedirler. İş yeri politikaları ile kadının beklentileri, gereksinimleri birbiriyle her zaman örtüşmeyebilmektedir. Bu da ebeler için bir ikilem oluşturmakta ve dengeyi sağlamakta zorlanmalarına yol açmaktadır. Kadın merkezli bakımın temel özelliklerinden biri ortaklıktır, ancak burada sınırları olan bir ilişki söz konusudur. Ortaklığın sınırları, kontrol ve eşitlik unsurları ile açıklanır. Hem kadının hem de ebenin kendi özerklik duygusu, kontrol sahibi olmayı etkiler. Ortaklığın, her birey ve her durum veya bağlamda doğru olan statik bir eşit denge modeli önerdiği ifade edilmektedir (Fontein-Kuipers ve ark., 2018).

2.4. Ebelik Bakım Modellerinin Kullanımı

Ebelik, teori ve uygulamaya dayalı bir sağlık disiplinidir (Bryar and Sinclair, 2011). Ebelik modelleri, ebelik uygulamalarının gelişmesi için yapılacak faaliyetlere yol göstermekte, ebelerin otonomisine olumlu yönde katkı sunmakta ve uygulama standartlarının yükselmesine katkı sunmaktadır. Çünkü ebelik uygulamaları komplekstir ve sürekli gelişen modeller en doğru, en iyi uygulama konusunda yol göstericidir. Ayrıca gebelik, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan bakımına yönelik araştırmaların kalitesinin artması için model kullanımı önerilmektedir (Çiçek Okuyan ve ark., 2019). Literatürde çeşitli ebelik modelleri mevcut olmasına rağmen (Fahy ve ark. 2006; Berg ve ark., 2012; Brunstad ve Hjälmhult, 2015; Walker ve ark., 2017) ülkemizde ebeliğe ait modellerin veya kuramların uygulamaya aktarıldığı çalışmalar sınırlıdır. Ebelik alanında yüksek lisans ve doktora tezlerinin incelendiği sistematik derlemede, ebelerin sıklıkla hemşirelik modellerinden veya kuramlarından yararlandığı belirlenmiştir (Çiçek Okuyan ve ark., 2019). Ebelik modellerinin incelendiği bir araştırmada altı tanesi dahil edilmiş ve bu derlemenin sonucunda ebelik bakımının bireysel ve kadın merkezli olması gerektiği vurgulanmıştır. Ebelik uygulamalarında riski engellemeden ziyade sağlığın kolaylaştırılması önerilmektedir (Eri ve ark., 2020). Ebelerin otonomisini kazanması için kendine özgü bilgi, kavram, model ve kuramların kullanılması etkili olabilir. Ebelik bakımında model kullanımı, bakım sürecindeki rollerin tanımlamasını sağlar ve

hedeflerin belirlenmesine rehberlik eder. Bu şekilde, sağlık bakımı ekibi üyeleri arasındaki iletişim gelişir ve ebelik hizmetlerinin kadın merkezli sunumu sağlanır.

2.4.1. Ebelik Model ve Kuramlarının Yararları

Ebelik bakımında model kullanılması; ebeliğe uygulama, eğitim, araştırma ve yönetim boyutlarıyla çeşitli katkılar sunma potansiyeli içerir. Bu kapsamda modellerin yararları Tablo 2-2'de verilmiştir.

Tablo 2-2: Ebelik model ve kuramlarının yararları

Uygulama	• Ebelik bakımının uygulanmasını ve yönetilmesini sağlamada bilgi kaynağıdır. • Uygulamada profesyonel işbirliklerini arttırır. • Ebelik rollerinin, işlev ve uygulamalarının algılanmasına yardım eder. • Uygulamadaki durumlara ve olgulara özgü unsurlar ve bunlar arasındaki ilişkilere netlik kazandırır. • Kadına ve yenidoğana sunulan hizmetin sürdürülebilirliğini sağlar.
Eğitim	• Eğitimi geliştirmek için bilgi sağlar ve rehberlik eder. • Eğitimin geliştirilmesinde yasal düzenlemelerde etkilidir. • Ebelik müfredatı geliştirmede faydalıdır. • Ebelere analitik düşünme, ebelikte amaç belirleme ve geliştirme yeteneği kazandırır. • Ortak bir ebelik felsefesi ile bütünlük sağlar. Sahip olunan ortak değerler ebeleri bir araya getirir. • Ebelik bakımının kalitesini ölçmek için kriterlerin belirlenmesini sağlar.
Araştırma	• Ebelik araştırmalarını yürütmek için bilgi kaynağı olur ve araştırmalara rehberlik eder. • Araştırmaların yürütülmesinde yasal düzenlemeleri belirler. • Araştırmaların yapı taşını oluştutrarak teori ve uygulamanın birleşmesini sağlar. • Kanıt temelli uygulamalar için uygun araştırma yöntemlerinin ve araçların kullanılmasını sağlar. • Ebelik araştırmalarının artmasına ve gelişmesine katkıda bulunur.
Yönetim	• Mesleki otonomiyi sağlar. • Ortak bir dil geliştirmeye yardımcı olur. • Uygulamaya ilişkin yasal düzenlemelerde etkili olur. • Ebeliğin rollerini ve çalışma alanlarını tanımlar. • Ebelerin bağımsız rollerini yerine getirmesini liderlik özelliklerini geliştirir.

2.5. Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Uygulayabilmek için Faydalı Olabilecek Kavramlar

Eğitim içerisinde ebelerde farkındalık oluşturmak ve onları bireysel araştırma ile kişisel gelişimlerini desteklemeye yönelik bilinçli farkındalık (mindfulness) ve psikolojik dayanıklılık (resilience) kavramlarına da yer verilmiştir. Bu kavramların modeli uygularken yararlanabilecekleri kavramlar olduğu öne sürülebilir.

2.5.1. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)

Bilinçli farkındalık, "şimdiki an içerisinde gerçekleşenlere dikkat etmeyi, bu dikkatin niteliğini fark etmeyi ve tüm bu fark edilenleri acele ile yargılamaksızın kabul etmeyi içerir." şeklinde açıklanmaktadır. Bilinçli farkındalık sadece psikoloji alanında değil diğer disiplinlerde de kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. Türkçe'ye bilinçli farkındalık olarak çevirilen "mindfulness" kavramı, beden ve zihnin şimdiki anda olmasına odaklanır. John Kabat-Zinn tarafından ilk kez Mindfulness (Bilinçli Farkındalık) Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) geliştirilmiştir. Bilinçli farkındalığa dayalı uygulamalarda otomatik pilot kavramından söz edilir. Otomatik pilot, işlerin otomatik bir biçimde düşünmeden veya detaylara dikkat edilmeden yapılması anlamına gelir. Bilinçli farkındalık uygulamalarına başlangıç yapılırken öncelikle günlük işlerde farkındalıklar oluşturmak hedeflenir. Böylece bireyin zihnindeki olumsuz düşüncelerden uzaklaşması sağlanır ve bireyin kaygı/stres düzeyinin azaltılması hedeflenir. Bilinçli farkındalığın içinde beden taraması, nefes farkındalığı, sessizlik günü ve meditasyon gibi çeşitli uygulamalar yer alır. Tüm bu uygulamaların özünde amaç, beden ve zihin bütünlüğünü yakalayabilmektir (Kabat Zinn, 2012; Atalay, 2018).

Gebelik sürecindeki bilinçli farkındalığa dayalı programlarının algılanan stres düzeyini ve depresyon oranını azaltırken doğumda öz yeterlilik ile bilinçli farkındalık düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Duncan ve ark., 2010). Yapılan bir araştırmada bilinçli farkındalığa dayalı eğitimin doğum sürecinde daha az opioid analjezi kullanımı ile ilişkilendirildiği ve daha az doğum sonrası depresif semptomla karşılaşıldığı bildirilmiştir (Duncan ve ark., 2017).

Bilinçli farkındalık sadece gebeler ve lohusalar için değil, ebeler için de önemli bir pratik olarak değerlendirilebilir. Bilinçli farkındalık uygulamalarına ilişkin temel düzey eğitim 8 haftalık bir programdır. Bilinçli farkındalığın bedensel farkındalığı arttırmaya ilişkin pratik önerileri oldukça esnek ve yaşama entegre edilebilir niteliktedir.

Yoğun ve stresli iş yaşamı koşulları nedeniyle ebeler de yaşamlarına bilinçli farkındalık uygulamalarını entegre edebilirler (Hunter ve ark., 2016).

2.5.2. Psikolojik Dayanıklılık/Sağlamlık (Resilience)

Psikolojik dayanıklılık/sağlamlık Latince "resiliens" kelimesinden türetilmiştir. Ayrıca "bir maddenin esnek olması, elastiki olması ve eski haline kolay bir şekilde yeniden dönebilmesi" anlamına geldiği açıklanmıştır (Doğan, 2015). Psikolojik dayanıklılık kişinin engel ve belirsizlik gibi zorlayıcı durumları karşılayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Polizzi ve ark., 2020). Psikolojik sağlamlık kavramı psikolojide oldukça yaygın kullanılan ve benzer zorluk süreçlerini yaşayan kişilerin olaylara ve olgulara farklı yaklaşmalarından yola çıkılarak ortaya konulan bir kavramdır.

Psikolojik sağlamlığın temelinde; sahiplik, durum ve yapabilirlik olmak üzere üç temel kaynağı bulunmaktadır. Sahiplik, psikolojik sağlamlığı destekleyen dış kaynaklar olarak ele alınmaktadır. Güven veren ilişkiler, evdeki kurallar, rol modeller, otonomi için teşvik ile sağlık, eğitim, refah ve güvenlik hizmetlerine erişim sahiplik kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Durum, bireyin içsel ve kişisel güçlerini içerir. Sevilebilme ve insanlara hitap edebilme, sevecen, empatik ve özgecil olma, benlikten duyulan gurur, otonomi ve sorumluluk sahibi olma ile umut, inanç ve güvenle dolu olma durum kavramı içerisinde ele alınır. Son olarak, yapabilirlik kavramı da sosyal ve insanlar arası becerilere karşılık gelir. Bu kavramın içinde de iletişim kurabilme, problem çözebilme, duygu ve dürtü kontrolü ile kişisel mizacını ve başkalarınınkini anlama becerileri yer almaktadır (Topçu ve Demircioğlu, 2020).

2.6. İş Doyumu

İş doyumu, "çalışanların işlerine yönelik sahip olduğu olumlu veya olumsuz duyguların kombinasyonu" olarak tanımlanmaktadır. Çalışan her kişi çalıştığı ortama gereksinimlerini, isteklerini ve deneyimlerini de beraberinde getirmektedir (Eroğluer, 2011, Özpehlivan, 2019).

Çalışanların iş doyumu düzeyinin; bireysel, kültürel örgütsel ve çevresel koşullar ile ilişkili olduğu ifade edilir. Bireysel faktörlerin içinde kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, içinde bulunduğu koşulllar, mesleğe aidiyeti, mesleği sevme durumu gibi özellikler etkili olabilmektedir. İş doyumu ile ilişkili kültürel faktörler açısından da iç tutum, inanç ve değerler ele alınmaktadır. Örgütsel faktörler olarak organizasyonel yapı,

çalışan politikaları, prosedürler, iş akışları, kurumsal yapı, teknoloji-iş organizasyonu, liderlik yönetim sistem türleri ve çalışma koşulları iş doyumu ile ilişkilidir. Çevresel faktörler olarak da ekonomik, sosyal, teknik, idari ve yasal etkiler yer almaktadır. İş doyumu ile ilişkili sosyal faktörler arasında iş arkadaşları ile ilişkiler, grup çalışması, normlar ve etkileşim fırsatları yer alır (Eroğluer, 2011, Özpehlivan, 2019).

Ebelerin iş doyumunu etkileyen faktörlere bakıldığında çalışma koşulları, maaş, yönetim, yükselme imkanı, meslekte profesyonelleşme düzeyi ve işin niteliği olduğu görülmektedir (Kim ve Kang, 2020; Matthews ve ark., 2021) Ebeler, düzensiz ve ağır iş koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, görev, yetki ve sorumluluklarındaki belirsizlikler, malpraktis endişesi ve iş-yaşam dengesini kuramama gibi nedenlerle iş doyumunu yaşamakta zorlanabilmektedir (Ertekin Pınar ve ark., 2017; Nedvědová ve ark., 2017). Ayrıca COVID-19 pandemisi ve gittikçe artan iş yükü de önemli bir parametre haline gelmiştir (Jasiński ve ark., 2021). Toker ve ark.'nın (2020) yaptığı bir araştırmada mesleği sevmenin de önemli bir değişken olduğu ve mesleğini sevenlerin iş doyumlarının da yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir başka araştırmada iyi gelişmiş bir ebe-kadın ilişkisi ve tam kapsamlı pratiğe sahip olma durumunun, iş doyumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ebe-kadın ilişkisinin, COVID-19 pandemisinde memnuniyetsizliğe neden olan birçok faktöre rağmen ebeleri uygulamada ayakta tuttuğu bildirilmiştir. İş doyumu düzeyinin düşük olmasında ücret kaygısı, ağır iş yükleri ve zayıf yönetim yaklaşımları ile ilişkili olduğu da bildirilmiştir (Sheehy ve ark., 2021)

Ebelerde iş doyumsuzluğu; iş yerine gelmede isteksizlik, verimsiz iş gücü, iş kazası, kişilerarası çatışmalar, iş birliğinde aksaklıklar, sunulan bakım hizmetinin kalitesinde azalma ve iş bırakma gibi çeşitli olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (Jarosowa ve ark., 2016; Matthews ve ark., 2021).

2.7. Yetişkin Eğitimi

2.7.1. Yetişkin Eğitiminin Temel Özellikleri

Yetişkin eğitimi "sosyal değişim amaçlı sosyal eğitim" olarak tanımlanmaktadır Yetişkin eğitiminin planlanması ve uygulanmasında yetişinkinlerin özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır (Avcı ve Kıran, 2021).

Yetişkinlerin özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- Zeka ve öğrenme yeteneği gelişmiştir.

- Kişiliği gelişmiştir.
- Olaylar hakkında görüş ve öneri sahibidir.
- Eğitimde beklentisi yüksektir.
- Bağımsız davranabilme becerisine sahiptir.
- Öğrenme ortamlarına uygun davranabilmektedir.
- İç motivasyonu fazladır.
- Eğitimde seçici ve eleştireldir.
- Değer sistemi gelişmiştir.

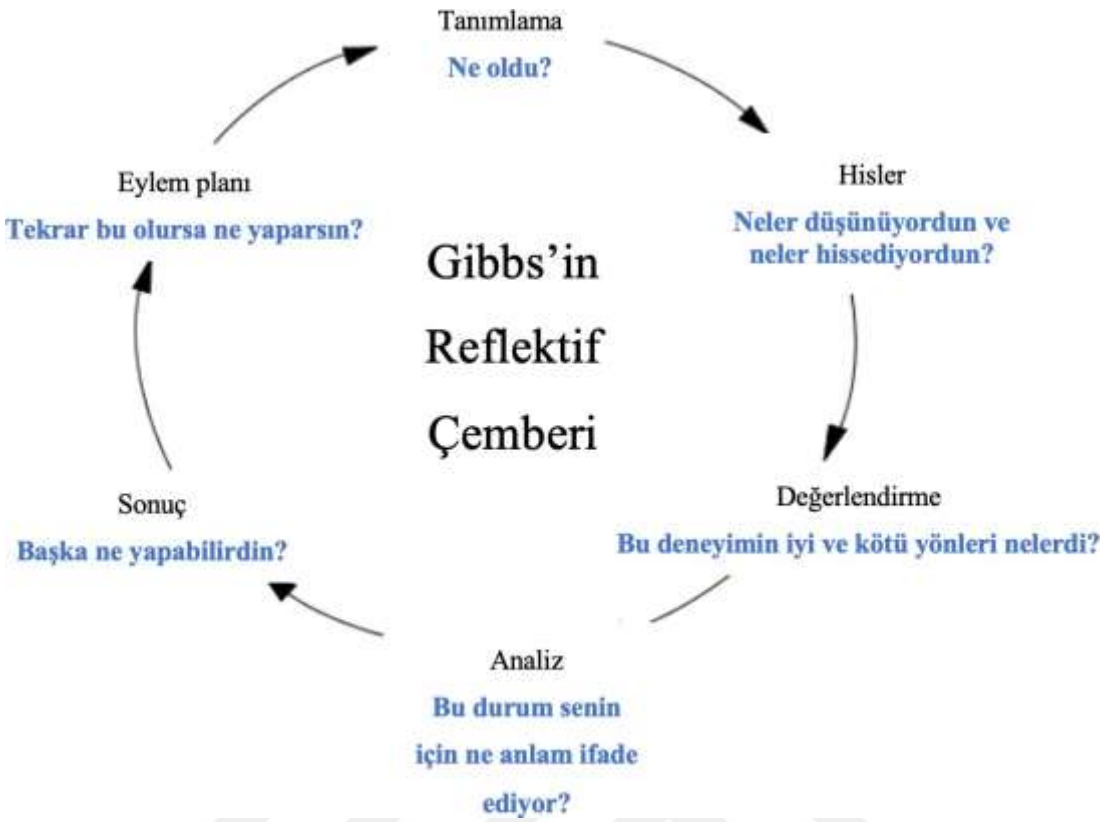
Yetişkinlerin özellikleri göz önünde bulundurularak eğitiminin özellikleri de aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Eğitim detaylı bir şekilde planlanmalıdır.
- Eğitim yapısal hale getirilmelidir.
- Bilgiler basitten karmaşığa, somuttan soyuta, bilinenden bilinmeyene, yakın çevreden uzağa gidecek şekilde sıralanmalıdır.

2.7.2. Eğitimde Reflektif Yöntem

Yansıtma (reflection); eğitim, sosyal bilimler, sağlık ve bir çok alanda kullanılan kullanılan bir yöntemdir (Wain, 2017). Reflektif yöntem, “deneyim yoluyla ve deneyimlerden öğrenme ve kendilik ve / veya uygulama hakkında yeni anlayışlar kazanmaya doğru bir süreç” olarak tanımlanır (Bass ve ark., 2017). Literatürde çeşitli reflektif yönler olduğu gibi (Schön, 1983; Kolb,1984; Gibbs, 1988; Johns 2000) ebeliğe özgü geliştilen reflektif bir model de mevcuttur (Bass ve ark., 2017).

Gibbs tarafından geliştirilen reflektif modelde 6 aşama bulunur (Şekil 2-5).



Şekil 2-4: Gibbs'in Reflektif Çemberi

Yetişkin eğitiminde deneyimlerin de ön planda olması reflektif yöntemin önemini ortaya koymaktadır. Eğitim sürecinde reflektif soruların kullanımı eğitimin kalitesini ve etkisini arttırabilmektedir. Sadece eğitim değil ebelik uygulamalarında da reflektif yöntemin kullanımı önemlidir. Reflektif yöntem günlük yaşamın bir parçası niteliğindedir. Kadın merkezli ebelik uygulamalarını geliştirmede de reflektif yöntemden yararlanılabilir (Lundgren, 2020).

Reflektif yöntemin, ebelerin kendi korkuları ve endişeleri üzerinde düşünebilmelerini sağladığı ifade edilmektedir. Bu korku ve endişelerin kadınların bakımı üzerindeki olumsuz etkisinin fark edilebileceği ifade edilmektedir (Dahlen & Caplice, 2014). Bu farkındalık ile kadın merkezli uygulamaları da geliştirilebilir. Yansıtmanın, ebelerin öz farkındalığını, öz kimliğini ve kişisel gelişimi artırarak daha fazla iş doyumu sağladığı öne sürülmektedir (Heyer, 2015). Sağlık profesyonellerinin, öz-yansıtma yapmamaları halinde ise kendi önyargılarına dayalı karar verebileceklerinden bahsedilmektedir (Lee ve ark., 2016).

2.7.3. Çevrim içi Eğitimde Telekonferans Yöntemi

Çevrim içi eğitim, eğitim materyallerinin dijital araçlarla katılımcıların dahil olduğu bir eğitimdir. Maliyet etkinliği ve sürdürülebilirlik gibi önemli avantajları olan çevrim içi eğitim, sağlık profesyonellerinin lisans sonrası eğitimlerinde (örn:hizmet içi eğitim) tercih edilmektedir (Downer ve ark., 2021)

Telekonferans araçları, çevrim içi toplantıların ortaklaşa yürütülmesine ve ayrıca çevrim içi dersler ve e-öğreticiler dahil çevrim içi öğretim ve denetim oturumlarına izin verir. Zoom, yaygın olarak kullanılan ve kullanımı kolay bir telekonferans aracıdır. COVID-19 Pandemisi nedeniyle telekonferans aracı kullanımı artmıştır (Serhan, 2020).

Standart toplantılarda 300'e kadar katılımcıyı veya çevrim içi web seminerleri aracılığıyla daha fazla katılımcıyı destekleyebilir. Zoom'a masaüstü veya dizüstü bilgisayarlardan veya bir mobil cihazdan erişilebilir. Oturumlar yerel olarak veya buluta kaydedilebilir. Ayrıca kurs materyalleri anlık olarak öğrencilerle paylaşılabilir. Zoom telekonferansı, derslere ev sahipliği yapmak veya bire bir veya grup araştırma denetim oturumları yürütmek ve ayrıca eşzamanlı çevrim içi öğrenmenin değerli bir biçimi olan ve tipik olarak en fazla 25 öğrenciyi içeren eğitimler için kullanılabilir. Zoom programı aşağıdaki öğretme ve öğrenme özellikleri içemektedir (McKenzie ve ark., 2020);

- Slayt sunumları dahil ekran paylaşımı
- Soruların ve bilgilerin yayınlanmasına ve yanıtlanmasına olanak tanıyan sohbetler
- Küçük grup etkinliklerine izin veren ara odaları
- Anketlere ve testlere izin veren anket
- Arka plandaki gürültüleri ortadan kaldırmak için katılımcıların mikrofonlarının sesini kapatma
- Katılımcıların soru sorması için sanal el kaldırma

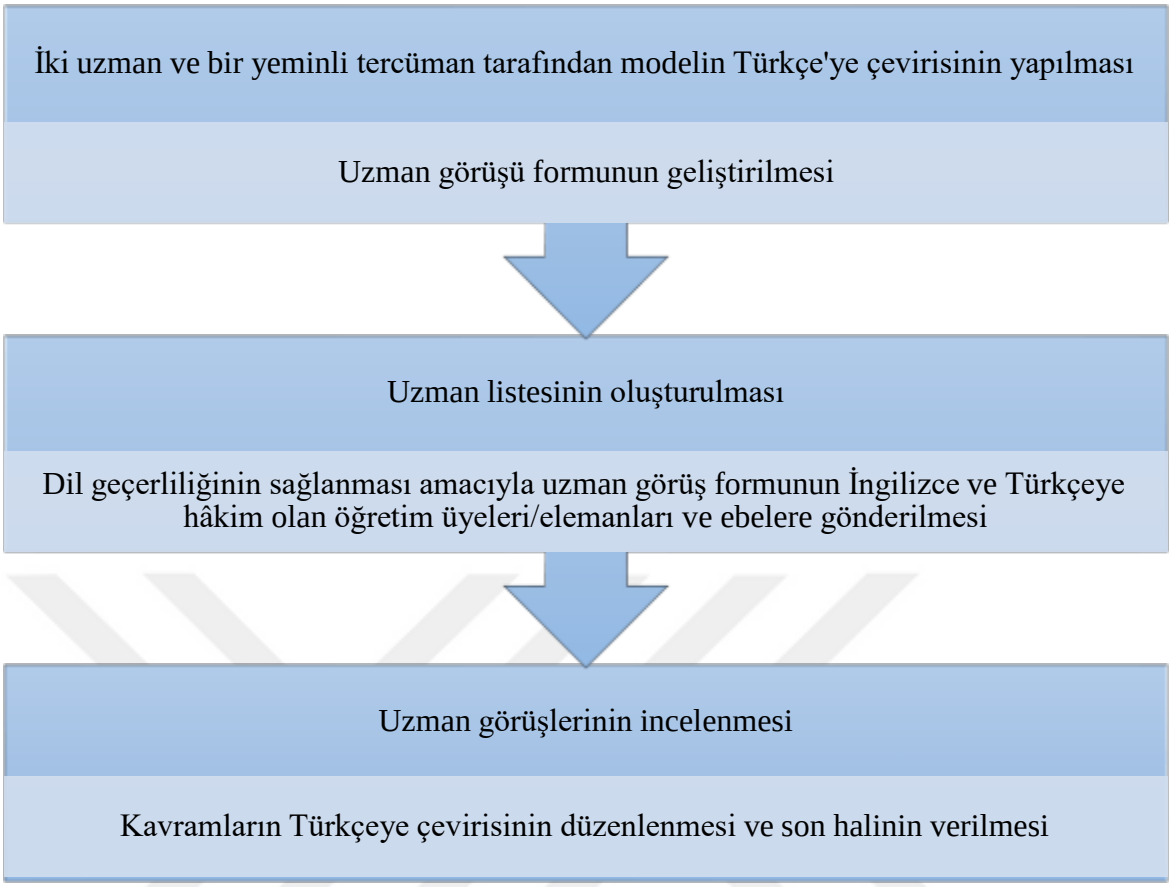
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, DKMBM ile ilgili verilen çevrimiçi eğitimin; ebelerin hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyi ve iş doyumuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma tasarımı iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli (Berg ve ark., 2012) çevirisi yapılmış ve Türkçe literatüre kazandırılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise modele dayalı çevrim içi bir eğitim verilmek için eğitim ve kontrol grupları arasında ön test - son test olarak planlanan yarı deneysel bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.2. Modelin Kavramlarının Türkçe'ye Uyarlanması

Araştırmanın ilk aşamasında aşağıdaki basamaklar izlenmiştir (Şekil 3-1). Modelin çevirisi araştırmacının da içinde bulunduğu iki uzman ve bir yeminli tercüman tarafından yapılmıştır. Ardından uzman görüşlerine başvurmak üzere form geliştirilmiştir (EK 1). Görüşlerine başvurulan uzmanların listesi EK 1'in devamında yer almaktadır. Kavramların ve alt kavramların çevirileri ile ilgili geliştirilen uzman görüşü formu ile; dil geçerliliğinin sağlanması amacıyla İngilizce ve Türkçeye hâkim olan öğretim üyeleri/elemanları, kadın doğum uzmanları ve ebelere gönderilip görüşleri alınmıştır. Bu doğrultuda kavramların Türkçeye çevirisi düzenlenmiş ve son hali verilmiştir. Danışman ve tez öğrencisi tarafından uzman görüşlerinin incelenmesinin ardından kavramların çevirilerine son şekli verilmiştir (Şekil 2-4).



Şekil 3-1. Araştırmanın İlk Aşamasının Akış Şeması

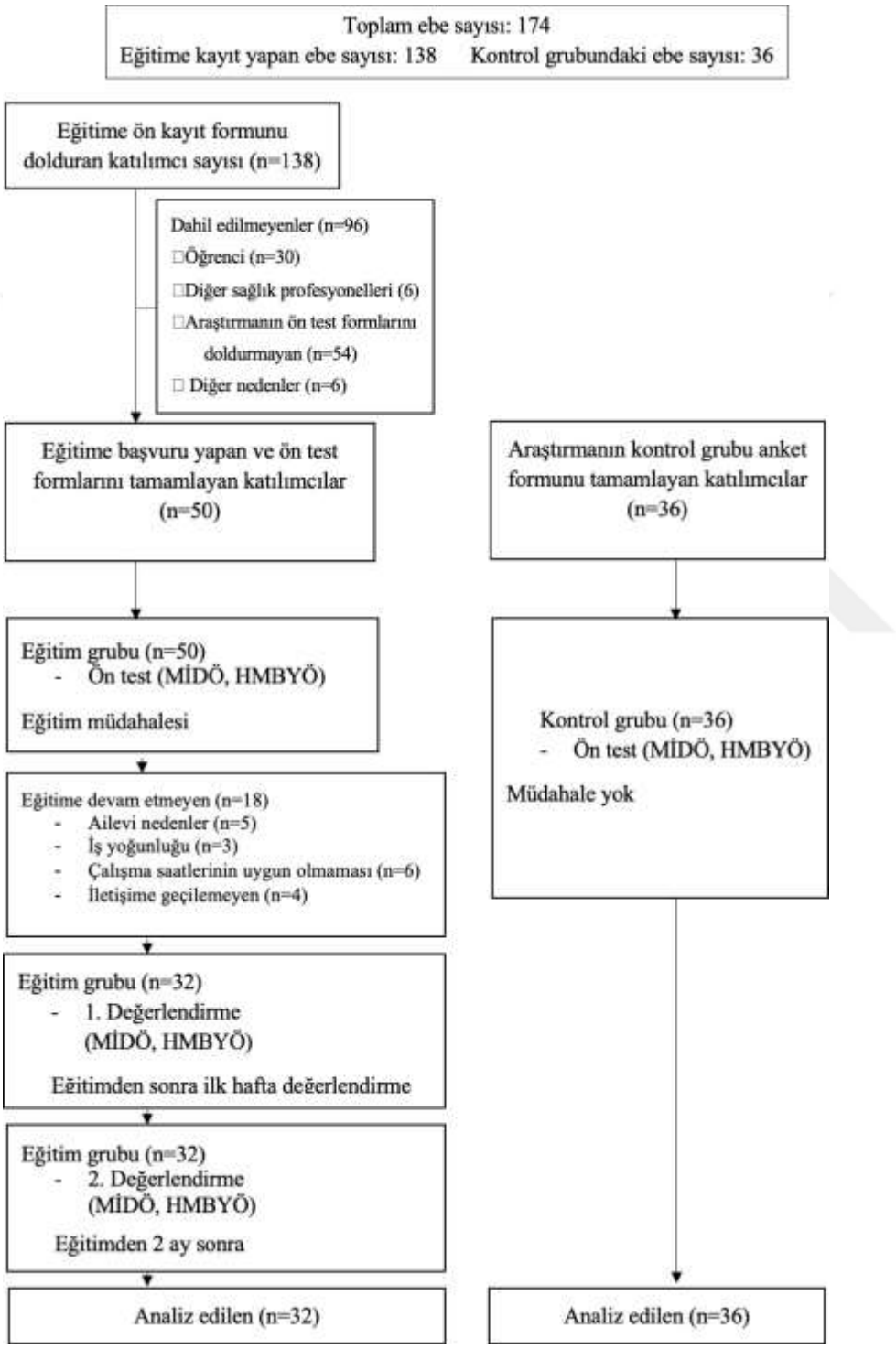
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mayıs 2019 – Aralık 2021 arasında gerçekleştirildi. Veri toplama süreci ise Ocak 2021-Ağustos 2021 arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın eğitim sürecinde video konferans yöntemi kullanılmış, eğitimler çevrim içi ortamda gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinde katılımcıların verileri, Google Forms aracılığıyla elde edildi. Video konferans yazılım programı olarak Zoom Meetings kullanıldı.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini doğumhanede çalışmaya devam eden ve Türkiye'nin değişik şehirlerinde (Ankara, Ardahan, Artvin, Batman, Bitlis, Bursa, Çanakkale, Eskişehir, Hatay, İstanbul, Kırşehir, Kocaeli, Malatya, Şanlurfa, Van) çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 174 ebe oluşturmaktadır. Cohen standart etki oranından yararlanılarak bağımsız gruplar arasındaki fark esas alınarak G-Power programında örneklem büyüklüğü analizi yapıldı. Analiz sonucuna göre araştırmanın gücü %80, alfa 0,05 ve Cohen standart etki oranı 0,7 alındığında müdahale grubu için örneklem sayısı 26 olarak

belirlenmiştir. Araştırmada kayıpların olabileceği düşünülerek gruplara 36 ebenin dahil edilmesi planlanmıştır. Kayıplar sonrasında analiz, 32 eğitim ve 36 kontrol grubuyla tamamlanmıştır. Araştırma akış şeması Şekil 3-2'de verilmiştir.



Şekil 3-2: Araştırmanın İkinci Aşamasının Akış Şeması

3.4.1. Dahil etme kriterleri

- Doğumhanede aktif olarak çalışıyor olmak
- Ebelik mezunu olmak
- Eğitime başvuru yapmış olmak

3.4.2. Dışlama kriterleri

- Doğumhanede çalışan diğer sağlık profesyonelleri
- Ebelik öğrencileri
- Uzaktan eğitime katılmasında engeli olan ebeler

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada bağımsız değişkenler; DKMBM eğitimi, ebelerin yaşı, doğumhanedeki çalışma süresi, meslekteki hizmet süresi, kurumdaki çalışma süresi ve son üç aydaki çalışma saati ortalaması iken bağımlı değişkenler; hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyi ile iş doyumu düzeyleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Ebe Tanıtıcı Bilgi Formu

Ebelerin yaşı, çalışma yılı ve çalıştığı şehir gibi dmeografik ve kişisel verilerin yer aldığı ve literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen formda (EK 2) toplam 11 soru yer almaktadır (Bilgin ve ark., 2017; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2020).

3.6.2. Minessota İş Doyumu Ölçeği

Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ) - Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) 1967 yılında Weiss, Dawis, England ve Lofquist tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Baycan tarafından 1985 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (EK 3). Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,857'dir. Bu araştırmada Cronbach Alpha katsayısının kontrol grubunda 0.898, eğitim grubunda ise 0.906 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1). Minnesota İş Doyum Ölçeği 1-5 arasında puanlanan beşli Likert tipinde bir ölçektir. Ölçek puanlamasında "1= Hiç memnun değilim, 2= Memnun değilim, 3= Kararsızım, 4= Memnunum, 5= Çok memnunum" olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20'dir. Minnesota İş Doyum ölçeği içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini

belirleyici özelliklere sahip 20 madde içermektedir. Her birindeki maddeler şunlardan oluşmaktadır:

1. İçsel iş doyum: Başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin tatminkârlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır.

2. Dışsal iş doyum: Kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları ve ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır.

3. Genel iş doyum: Hem içsel hem dışsal doyumu kapsar. Genel doyum puanı 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20'ye bölünmesi ile elde edilmektedir.

İçsel doyum puanı 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20. maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye, dışsal doyum puanı ise 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18 ve 19. maddelerden elde edilen puanların toplamının sekize bölünmesi ile elde edilmektedir. Değerlendirmeler, tüm alt ölçeklerde toplanan soruların aritmetik ortalamaları göz önünde bulundurularak yapılmıştır (Yıldız ve ark. 2003).

3.6.3. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği

Literatürde Doğumda Kadın Merkezli Bakım Ölçeği – Ebe Öz Değerlendirme Formu mevcuttur (Davis ve ark., 2021). Fakat Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik araştırması yapılmadığından dolayı Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Yetkinliğini ölçmeye kapsam olarak en yakın ölçek tercih edilmiştir. Jee-In Hwang ve ark. (2015) tarafından geliştirilen Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin (EK 4) Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik araştırması yapılmıştır. Beşli likert tipinde (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum) olan ölçek, 17 madde ve toplam dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları "Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak (6 madde)", "Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek (5 madde)", "Hasta konforu sağlamak (3 madde)" ve "Hasta haklarını savunmak (3 madde)" şeklindedir. Özgün ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,92 ve alt boyutların güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,85, 0,81, 0,84 ve 0,8'dir (Jee-In Hwang ve ark., 2015). Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği 0,85 olarak bulunmuştur Türkçe formda alt boyutların Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,85, 0,89, 0,84 ve 0,92 olarak saptanmıştır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019). Bu araştırmada Cronbach Alpha katsayısı "Hasta bakış

açılarına saygı duymak" alt boyutu kontrol grubunda 0.877 ve eğitim grubunda 0.764; "Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek" alt boyutu kontrol grubunda 0.925 ve eğitim grubunda 0.846; "Hasta konforunu sağlamak" alt boyutu kontrol grubunda 0.913 ve eğitim grubunda 0.891; "Hastaların haklarını savunmak" alt boyutu kontrol grubunda 0.867 ve eğitim grubunda 0.750 olarak saptanmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3-1: Eğitim öncesi HMBYÖ ve MİDÖ için Cronbach alfa değerleri

	Kontrol grubu	**Eğitim grubu**
HMBYÖ alt boyutları		
Hasta bakış açılarına saygı duymak	0.877	0.764
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek	0.925	0.846
Hasta konforunu sağlamak	0.913	0.891
Hastaların haklarını savunmak	0.867	0.750
MİDÖ alt boyutları		
İçsel doyum	0.845	0.823
Dışsal doyum	0.868	0.882
MİDÖ Toplam	0.898	0.906

Katılımcıların iki ölçeğin tüm alt boyutları ile MİDÖ'nün geneli için verdikleri yanıtların kontrol grubunda iyi-mükemmel düzeyde tutarlı olduğu (Cronbach alfa min-maks:0.845-0.925), eğitim grubunun eğitim öncesi değerlendirmesi içinse kabul edilebilir tutarlılık ile mükemmel tutarlılık düzeyinde değiştiği belirlenmiştir (Tablo 3.1).

3.7. Ebelere İlişkin Genel Özellikler

Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı 55.505 ebe çalışırken Üniversite hastanelerinde 901 ebe ve Özel hastanelerde 2.634 ebe olmak üzere toplam 59.040 ebe çalışmaktadır. Ebelerin hastane içerisinde çalıştığı birimlere ilişkin detaylar bilinmemektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021).

Araştırmada hastane veya şehir seçimine gidilmemiş olup doğumhanede aktif olarak çalışan ve eğitim duyurusuna kayıt yaptıran ebelere yer verilmiştir.

3.8. Veri Toplama Süreci

Bu bölümde eğitimin hazırlık süreci, hedefleri, içerik planı, eğitim yöntemleri ve araç-gereçleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.8.1. Eğitimin Hazırlık Süreci

Eğitim programının içeriği hazırlanmadan önce araştırmacı konu ile ilgili bilgi ve deneyimini derinleştirmek amacıyla çeşitli eğitimlere katılmıştır. Öncelikle Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli'ni geliştiren araştırmacıların gerçekleştirdiği Ebelikte doktora programına ait bir ders kapsamındaki kursa katılmıştır. Kurs programı 2019 yılında İzlanda'da Norveç, Almanya ve İsveç gibi çeşitli ülkelerden ebelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı, Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli (DKMBM-MiMo)'nun da içinde yer aldığı 90 saatlik "Ebelik için Modeller ve Teoriler" kursunu tamamlamıştır (EK 5).

Araştırmacı eğitim sürecini daha kaliteli bir biçimde yürütmeyi sağlamak için Çevrimiçi Eğitimde Yetkinlik Eğitimini (EK 6) ve Eğitici Eğitimini (EK 7) tamamlamıştır. Bu iki eğitim ile birlikte süreçte interaktif eğitim yöntemleri kullanılabilmiştir. Araştırmacı ayrıca Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT) ve Süpervizyonluk eğitimlerini tamamlamıştır (EK 8). Tüm eğitim sürecinde KİPT teknikleri (Hızlı Sayar ve Omay; 2019) uygulandı. KİPT Tekniklerinden örnekler ekte sunulmuştur (EK 9).

Eğitim içeriği araştırmacı tarafından tez danışmanı rehberliğinde geliştirilmiştir Eğitimin içerik planı oluşturulurken DKMBM ve kavramları esas alınmıştır. (EK 10).

3.8.2. Eğitimin Amaç ve Hedefleri

Eğitimin Amacı: Ebelerin doğumda kadın merkezli ebelik bakımı konusunda bilgi ve farkındalık kazanmalarını sağlamak

Eğitimin Hedefleri:

Eğitim sonunda katılımcılar;

- Kadın merkezli bakım kavramı ile ilgili bilgi sahibi olmalı,
- Doğumda Ebelik Bakım Modelleri ile ilgili bilgi ve farkındalık kazanmalı,

- Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modelinin temel kavramlarını bilmeli,
- Doğum süreci ile ilgili vakaları Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli doğrultusunda değerlendirebilmeli,
- Eğitim alan ebelerin hasta merkezli bakım yetkinliği düzeyinin artması
- Uygulamalarında bu modeli kullanmalı ve sorunlarını model doğrultusunda çözümleyebilmelidir.

3.8.3. Eğitim Programının Süresi

Eğitimler, vaka çalışması için hazırlık 6 saat, vaka sunumu üzerinde Zoom platformunda çalışılması 3 saat ve eğitim sunumları ortalama 7 saat olmak üzere toplam16 saatlik bir sürece karşılık gelmektedir.

3.8.4. Eğitim Ortamı

Eğitim çevrim içi konferans yazılımlarından biri olan Zoom platformu üzerinde gerçekleştirildi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından sağlanan Zoom yazılımı lisanslı olarak kullanılmıştır. Bu özellik sayesinde eğitimler, kesintisiz bir biçimde çevrim içi ortamda tamamlanabilmiştir. Her oturuma dikkat ve zihni uyarıcı nitelikte olan müzik dinletisi ile başlatılmıştır.

3.8.5. Eğitim Yöntemleri

Eğitim yöntemi olarak; çevrimiçi sunum, soru – cevap, küçük grup etkinliklerinin yer aldığı ara odalarında sorulan reflektif sorular (EK 11), vaka ödevi (EK 12) ve Pozitif Bir Doğum Deneyimi için DSÖ'nün İntrapartum Bakım Önerileri kılavuzundan faydalanılmıştır. Eğitim öncesinde ısınma hareketleri-uygulamaları (nefes egzersizi, doğa manzarası, müzik vb.) yapılmıştır.

3.8.6. Eğitim Materyalleri

Çevrimiçi eğitim, videokonferans yazılımlarından biri olan Zoom üzerinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim sürecinde çeşitli video ve görsel araçlar çevrim içi materyal olarak kullanılmıştır (EK 11).

3.8.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın eğitim içeriğini değerlendirmek üzere doğumhane çalışma deneyimi en az 10 yıl olan dört ebenin katıldığı bir pilot eğitim çalışması yapılmıştır. Alınan

geribildirimler doğrultusunda araştırmacı tarafından sunum içeriği ve materyallerinde güncellemeler (eğitimin amaçlarının eğitimin başında detaylı açıklanması, daha çok görsel yer alması vb.) yapılmıştır. Araştırmada hatayı önlemek adına pilot çalışmaya katılan ebeler, ana araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci

Araştırmanın ClinicalTrials'a NCT04687644 numarası ile kaydı yapılmıştır. Araştırmanın verileri, Ocak 2021 – Ağustos 2021 tarihleri arasında toplandı. Eğitim ile ilgili duyurular, araştırmacının sosyal medya hesabından (@tuba.k.kizilkaya ve @kadinmerkezliebe) yapılmıştır. Eğitim için ön kayıt çevrimiçi form (GoogleForm) aracılığıyla ile yapılmıştır (EK 13). Duyurular, yaygın katılımı sağlamak için her eğitimden en az 1-2 hafta önce aralıklarla tekrarlanmıştır. Ayrıca sosyal medya hesabından ücretli bir duyuru ile eğitimin reklamı yapılmıştır.

Araştırma kapsamında geliştirilen eğitim programı, beş modülden oluşmaktadır. Eğitimde soru cevap yöntemini kullanabilmek, eğitimi etkileşimli hale getirebilmek ve geribildirim alabilmek için her grupta 4-10 katılımcının yer alması sağlanmaya çalışıldı. Eğitim video konferans yöntemiyle gerçekleştirildi. Ebelere telefon ve e posta üzerinden ulaşarak araştırmacı kendini tanıttıktan sonra araştırma hakkında bilgi vermiştir. Haberleşme, eğitimleri duyurmak ve değişiklikleri haber verebilmek için her eğitim grubu için bir WhatsApp grubu oluşturulmuştur.

Eğitim sürecinde ebeler istediği zaman araştırmacı ile iletişime geçerek sorularını sorup cevap alabilme imkanına sahip olmuştur.

İlk eğitim tarihi belirlendikten sonra her eğitimin sonunda grup üyeleri ile birlikte bir sonraki eğitimin tarihi kararlaştırıldı. Olası kayıpları önlemek için aradaki sürenin ortalama bir hafta olması sağlanmaya çalışıldı. Eğitimi kaçıran veya katılamayan ebeler için eğitimlerin tekrar planlandı. Kontrol grubunda yer alan ebelerin talep etmesi halinde araştırmanın bitiminde onlara da eğitim verilmesi planlandı. Kontrol grubundan gelen talep olmadı.

Eğitimin kayıt formunu dolduran katılımcı sayısı 138 olup, 30'u öğrenci olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir. Diğer ebelerden de ön test formunu doldurmayanlar ve iletişim kanallarından kendisine ulaşılmayanlar mevcuttur. Modüllerin hepsine katılmayan, eğitime devam etmeyen ebeler de oldu. Sonuç olarak 32 ebe tüm modülleri tamamladı. HMBYÖ ve MİDÖ puanlarının değerlendirilmesi eğitim öncesi, eğitim

sonrası 1. hafta ve eğitim sonrası 2. ayda yapıldı.

Araştırma tasarımında Randomize Olmayan Dizayndaki Araştırmaların Şeffaf Şekilde Raporlanması (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs - TREND) kontrol listesi baz alındı (CDC, 2021; Des Jarlais ve ark., 2004).

3.10. İstatistiksel Analizler

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin tek değişkenli normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, çarpıklık-basıklık katsayıları ve normallik grafikleri ile; tekrarlı olarak elde edilen ölçek puanlarının çok değişkenli normal dağılıma uygunluğu Royston testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik-ÇAG: 1. çeyrek - 3. çeyrek) ile, ölçek puanları ayrıca ortalama±standart sapma (ort±ss) ile ve kategorik değişkenler frekans (%) ile özetlenmiştir.

Ölçeklere verilen yanıtların tutarlılığı için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. İç tutarlılık, bu katsayı 0.90'a eşit veya 0.90'dan büyük ise mükemmel, 0.80-0.89 arasında ise iyi, 0.70-0.79 arasında ise kabul edilebilir, 0.60-0.69 arasında ise kuşkulu, 0.50-0.59 arasında ise zayıf ve 0.50'den düşükse kabul edilemez olarak yorumlanmıştır (George ve Mallery, 2003).

Eğitim ve kontrol grupları demografik özellikler ve çalışma hayatına ilişkin özellikler bakımından değişken türüne ve kategorik değişkenlerin frekans dağılımına bağlı olarak Mann-Whitney U testi, Pearson ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testleri ile karşılaştırılmıştır.

Eğitim grubunun üç farklı zamanda elde edilen ölçek puanları çok değişkenli normal dağılım varsayımı sağlandığında tekrarlı ölçümlerde ANOVA ile, aksi durumda Friedman testi ile karşılaştırılmıştır. Friedman testinden sonra post-hoc test olarak Campbell ve Skillings'in (1985) önerdiği adımsal yaklaşım kullanılmıştır.

Eğitim grubunun her bir zamanda elde edilen ölçek puanları Student t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak kontrol grubunun puanları ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında yaş, toplam hizmet süresi ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresi bakımından farklılık gözlendiği ve yaş ile toplam hizmet süresi ilişkili olduğu için iki grup ölçek puanları bakımından yaş ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresi dikkate alınarak Quade'nin parametrik olmayan ANCOVA yöntemi ile de incelenmiştir (Quade, 1967).

Eğitim ve kontrol gruplarında, yaş ve çalışma süreleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler ayrı ayrı Spearman korelasyon katsayısı (rS) ile incelenmiştir. rS<0.30 ise önemsenmeyecek derecede zayıf ilişki, 0.30≤rS<0.50 ise zayıf ilişki, 0.50≤rS<0.70 ise orta düzeyde ilişki, 0.70≤rS<0.90 ise güçlü ilişki 0.90≤rS ise çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır (Hinkle ve ark., 2003).

Eğitim grubunda grup içi karşılaştırmaları ile eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonuçlarının kontrol grubuyla karşılaştırmaları için testlerin gücü hesaplanmıştır.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi p≤0.05 kabul edilmiştir. Royston testi, RStudio Software (v. 1.4.1106) programı ve R (v. 4.1) programla diliyle MVN paketi kullanılarak uygulanmıştır (RStudio Team, 2021; R Core Team, 2021; Korkmaz ve ark., 2014). Güç analizi için G*Power (v. 3.1.9.6) programı kullanılmıştır (Faul ve ark., 2007). Diğer tüm analizler IBM SPSS Statistics 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programında yapılmıştır.

Eğitim grubunda değerlendirme zamanına göre ölçek puanlarını karşılaştırmak ve eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirmesi ile kontrol grubunun ölçek puanlarını karşılaştırmak için uygulanan testlerin güçleri Tablo 3.2'de sunulmuştur. Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirmesi ile kontrol grubunun HMBYÖ puanları bakımından karşılaştırılmasında tek değişkenli testlerin en az %93,15 güce, çok değişkenli testlerin en az %68,80 güce sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 3-2: Geriye dönük güç analizi sonuçları

	Eğitim grubu	**Eğitim sonrası 1. değerlendirme Kontrol grubu**	
Ölçek puanları	Grup içi karşılaştırma	Tek değişkenli testler	Çok değişkenli testler
HMBYÖ			
Hasta bakış açılarına saygı duymak	%63,79	%94,16	%75,39
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek	%67,14	%93,26	%70,39
Hasta konforunu sağlamak	%21,28	%97,49	%74,21
Hastaların haklarını savunmak	%5,14	%93,15	%68,80
MİDÖ			

İçsel doyum	%5,35	%68,06	%23,64
Dışsal doyum	%19,35	%9,34	%21,59
Toplam	%28,29	%17,36	%5,01

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönü bir ebelik bakım modelinin Türkçe literatürüne kazandırılarak, ebelere yönelik geliştirilen çevrimiçi bir eğitimde kullanımış olmasıdır. Ayrıca ebelik alanında kadın merkezli bakıma ilişkin yapılan ilk tez çalışmasıdır. Eğitimde reflektif yöntemin kullanılmış olması yine araştırmanın güçlü bir yönüdür. Eğitim sonrasında vaka üzerinden bireysel çalışmaların yapılmış olması araştırmanın güçlü yönlerinden biridir.

Araştırmadaki sınırlılıklarının başında; çalışmanın bir hastanede yapılması planlanmış ancak kurumun çalışmaya izin vermemesi ve daha sonra da COVID-19 pandemisi nedeniyle İl Sağlık Müdürlüğü'nün hastanelerdeki tüm araştırmaları durdurması (EK 14) nedeniyle araştırmanın tasarımı değiştirilmiştir. Yüz yüze eğitimden çevrim içi eğitime geçilmiştir. Çalışma popülasyonu açısından ebelere çevrimiçi olarak ulaşılması özellikle kontrol grubundaki ebelerin çalışmaya dahil olmasındaki motivasyonunun sağlanmasında önemli bir sınırlılık oluşturmuştur.

Ayrıca veri toplama sürecinde COVID-19 pandemisi nedeniyle ebelerin çalışma saatleri ve iş yükleri normalin üstünde olmuştur. Buna bağlı olarak ebelerin eğitime düzenli katılımlarında güçlük yaşanmıştır. Bu durum icap usulü ile çalışan ebelerin planlanan eğitime son anda katılamaması gibi sorunlara yol açmıştır. Bu güçlükleri aşmak için de eğitimleri tamamlamak amacıyla grup eğitimlerine ek olarak telafi eğitimleri gerçekleştirilerek ebelerin tüm modülleri tamamlaması sağlanmıştır.

Eğitimden iki ay sonra değerlendirmenin yapılması, ebelerin katılımlarında kayıpların yaşanmasına neden olmuştur.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul onayı İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'dan (Karar no: A-11, Tarih: 21.05.2019 alınmıştır. Ancak kurumlardan gerekli izinler alınamadığı ve pandemi sürecinin de ortaya çıkmasıyla birlikte kurum izinleri iptal edilmiştir. Bu nedenle araştırma protokolünde

değişikliğe gitmek zorunlu hale gelmiş ve yeniden başvuru yapılmıştır. Etik kurul değişiklik başvurusu 19.01.2021 tarihinde onaylanmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil olmasında gönüllülük esas alınmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formlarını (EK 15) kabul eden katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan Minessota İş Doyumu Ölçeği (EK 16) ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin (EK 17) kullanım izinleri alınmıştır. Çevrim içi eğitim sürecindeki tüm eğitimler kayıt alıtına alınmıştır. Verilerin gizliliği ve güvenliği tamamen araştırmacının sorumluluğundadır. Araştırmanın yayın olmasını takiben beş yıl sonra verilerin silinerek kullanılamaz hale getirilmesi planlanmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmanın verileri, amaç doğrultusun**da** iki aşamada değerle**n**dirilmiştir.

Birinci aşama: Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli'nin Türkçeye kazandırılması

İkinci aşama: Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeline dayalı verilen çevrim içi eğitimin; ebelerin hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyine ve iş doyumuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada veriler, beş ana başlık altında değerlendirilmiştir.

4.1 Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli

4.1.1 Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modelinin Temel Kavramları

4.2 Ebelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma süreleri

4.3 Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ ve MİDÖ toplam ve alt boyut puanları

4.3.1 Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyut puanları

4.3.2 Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde MİDÖ toplam ve alt boyut puanları

4.4 Eğitim ile kontrol grupları arasında HMBYÖ ve MİDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

4.4.1 Eğitim ile kontrol grupları arasında HMBYÖ'nün alt boyut puanlarının karşılaştırılması (H_{1a})

4.4.2 Eğitim ile kontrol grupları arasında MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (H_{1b})

4.5 Eğitim ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ile eğitim sonrası HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

4.5.1. Eğitim grubunda yaş ve çalışma süreleri ile eğitim sonrası HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

4.5.2. Kontrol grubunda yaş ve çalışma süreleri ile eğitim sonrası HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Birinci Aşama:

4.1. Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modeli

Dünyada ebelik bakımı ile ilgili çeşitli modeller mevcuttur (Fahy ve ark. 2006; Mander, 2011; Stockdale ve ark., 2011; Berg ve ark., 2012). Bu modellerden biri de "Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli"dir. Berg ve arkadaşları; kadınların ve ebelerin deneyimleri ile ilgili yapılan 12 nitel araştırmayı hermönitik tasarım yöntemi ile incelemesi sonucu; DKMBM'ni (Midwifery Model of Woman-Centred Childbirth Care - MiMo) geliştirmiştir (Berg ve ark., 2012). Ebelerin kadının bireysel gereksinimlerine cevap verirken hayata geçirilen bilgi, kaynak ve becerilere sahip olmasının önemini incediler. Bu yazarlar ayrıca, ebelerin sağlık hizmetlerinde sürekli değişen kültürlerin ortasında değişen ebelik modelleri içinde kadın merkezli bakım sağladıkları için gereken dengeleyici eylemlerin önemini de vurgulamaktadır (Berg ve ark., 2012).

4.1.1. Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı Modelinin Temel Kavramları

Berg ve arkadaşlarının geliştirdiği DKMBM'nin üç ana (temel), iki kapsayıcı ve bunların alt başlıkları olmak üzere beş tane iç içe kavramı mevcuttur (Şekil 2-4). Ana/temel kavramlar; karşılıklı ilişki, doğum ortamı ve temellendirilmiş bilgi iken kapsayıcı kavramlar; engelleyici ve destekleyici normlarla kültürel bağlam ve dengeleme eylemleridir.

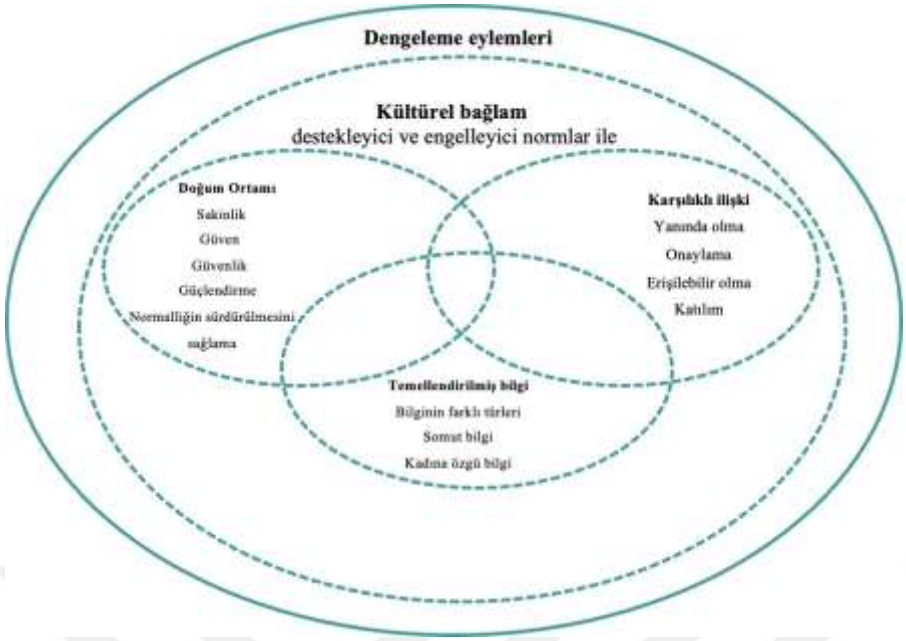
Uzmanlar kavramların çevirisini genel olarak uygun bulmuştur. Ancak bazı kavramlara getirilen önerilerle birlikte,

"Erişilebilirlik" yerine "erişilebilir olma"

"Farklı bilgi türleri" yerine "bilginin farklı türleri"

"Normalliği destekleme" yerine "normalliğin sürdürülmesini desteleme"

"Dengeleme eylemi" yerine "Dengeleme eylemleri" şeklinde düzeltmeler yapılmıştır.



Şekil 4-1: Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli

Merkezi Kavramlar:

1) Karşılıklı İlişki: Yanında olma (bulunma), onaylama, erişilebilir olma, katılım alt başlıklarını içermektedir.

2) Doğum Ortamı: Sakinlik, güven, güvenlik, güçlendirme, normalliğin sürdürülmesini destekleme alt başlıklarını içermektedir.

3) Temellendirilmiş Bilgi: Bilginin farklı türleri, somut bilgi, kadına özgü bilgi alt başlıklarını içermektedir.

Kapsayıcı Kavramlar:

1) Kültürel bağlam: destekleyici ve engelleyici normlar ile

2) Dengeleme eylemleri

Karşılıklı İlişki: Kadın ile ebe arasında kurulan ilişki olup, pozitif doğum deneyimi açısından kritik bir öneme sahiptir (Lundgren ve Berg, 2007; Davison ve ark. 2015; Goodwin ve ark., 2018). Ebe, kadın ile ilişkisinde öncelikle kadını tanımalı ve onun bireysel gereksinimlerinin farkında olmalıdır. Ebe ile kadın arasında kurulan karşılıklı ilişkinin altında dört alt kavram yer almaktadır Bunlar; "yanında olma", "onaylama", "erişilebilir olma" ve "katılım"dır.

Yanında olma (Bulunma): Doğum sırasında kadın ile birlikte olmayı ifade eder ve ebenin fiziksel ve zihinsel olarak bir bütün olarak kadının yanında olması ve kadın ile güvene dayalı bir ilişkiye sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Ebe, kadını bedensel, ruhsal ve yaşadığı toplumsal kültür ile birlikte, bütüncül bir yaklaşım ile ele alır ve her kadın kendi özel gereksinimlerine göre değerlendirir ve destekler (Berg ve ark., 2012).

Onaylama: Karşılıklı bir ilişki onaylanmayı içerir. Kadın görülmeye ve anlaşılmaya gereksinim duyar. Gerçek bir özne olarak tanınmak ister. Ebe onun varlığını görüp, gereksinimlerine karşılık verdiğinde ilişki, onaylanmış olur. Bu olduğunda kadın, doğum yapabilme yeterliliğini hisseder. Doğumda aktif olur, sorumlu davranır ve doğumun kontrolünü eline alır. Aynı zamanda, bir çocuğa annelik yapabilecek yeterlilikte olduğunu da hisseder. Burada esas olan, ebenin kadın ile iletişim kurması ve orada kadınla birlikte olduğunu ve o kadın için bulunduğunu hissettirmesidir (Berg ve ark., 2012).

Erişilebilir olma: Kadının gereksinim duyduğu zamanda ebeye erişilebilmesi ve ondan gereksinim duyduğu desteği alabilmesidir. Kadına bu desteğin verilmesinde ebenin teorik ve uygulama becerileri belirleyici olur. Ayrıca, kadın ile birlikte olma eylemini ve mevcut, açık ve adaptif olmayı, her kadına ona özgü gerekliliklere göre destek vermeyi içerir. Kadın ebe tarafından kendi özel gereksinimlerine göre desteklenmelidir (Berg ve ark., 2012).

Katılım: Kadının doğum sürecine dahil olması anlamına gelir. Kadın; onu dinleyen, doğumun ilerleyişi hakkında onu bilgilendiren, kendi sorumluluğunu alması konusunda destekleyen ve doğum sırasında uygulanan bakımında kendi seçimlerini yapmasını sağlayan ebe ile sürekli bir diyalog içindedir. Kadının doğuma katılımında eksikliğin, doğumla temas halinde olmama ve doğum yapmama hissi oluşturabileceği ifade edilmektedir (Berg ve ark. 2012). Sağlık hizmetlerine bireyin katılımının sağlanması DSÖ tarafından "hasta güvenliğini artırmak ve hasta merkezli sağlık hizmeti sağlamak için umut verici bir strateji" olarak açıklanmıştır (WHO, 2013). Doğum hizmetlerinde kadın merkezli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için gerekli unsurlardan biri de anne katılımının sağlanmasıdır (Berg ve ark., 2012).

Doğum Ortamı: Doğum ortamı kadının doğum deneyiminin önemli bir komponentini oluşturur. Modele göre doğum eylemi sırasında kadının gereksinim duyduğu doğum ortamı; güvenli, sakin, güçlendirici ve normalliğin sürdürülmesini destekleyen bir ortamdır (Berg ve ark., 2012).

Sakinlik: Bu kavram sessizliği içerir. Aynı zamanda ebenin sahip olduğu bilgiyi kullanmasını ve doğum sürecinin normalliğine güvenmesini gerektirir.

Güven: Ebe, doğum yapan kadın ile karşılıklı bir güven ortamı oluşturmalıdır. Kadın ebenin kendisine sunduğu bakıma güvenebilmeli ve kadın ile ebe birlikte çalışabilmelidir. Ayrıca bu kavram kadında özgüveni geliştirmek ile de ilişkilidir.

Güvenlik (Emniyet): Medikal ve teknik güvenlik anlamına gelmektedir. Burada ebenin mesleki yeterliliği ve kurumun bakım politikası önemlidir. Ebe güvenli bir doğum ortamı oluşturmalıdır. Ebe kendini güvende hissederse kadın da kendini güvende hissedecektir.

Güçlendirme: Ebe, kadının doğurma yeteneğine güven duyar ve kadının, kendini rahat bırakmasını ve doğum kasılmalarının akışına uyarak, ıkınmalarını sürdürmeye devam etmesi için kadını cesaretlendirir.

Normalliğin sürdürülmesini destekleme: Komplikasyonlu bir doğum ile normal doğum arasındaki sınırların bilincinde olmayı ve doğum sürecinin normal akışını desteklemeyi içerir. Bu süreçte ebenin rolü "kenetlenmiş bir arkadaş" olarak tanımlanmaktadır (Berg ve ark., 2012).

Birçok kadın için yabancı bir ortam olan hastane, kadının korku ve endişe düzeyini arttırabilmektedir. Korku ve endişe, doğum eylemini aktifleştiren hormonları kesintiye uğratmaktadır. Jenkinson ve ark. (2014) doğum ortamının güvenli ve sakin hissetmeye uygun tasarlanmasının; azaltılmış müdahale oranları ve kadınlar için olumlu doğum deneyimleri ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Kadınların travay ve doğum sırasında kendilerini güvende ve rahat hissettikleri bir alan oluşturulmasına odaklanılması gereklidir. Ayrıca böyle bir ortamın mahremiyet ile karakterize edildiği ve kadına kişisel kontrol duygusu sağladığı açıklanır. Bunu sağlamak için:

- Tüm doğum odaları duş ve özel tuvaleti olan banyo içermelidir.
- Derin, yansıtıcı olmayan renk şemaları kullanılmalıdır.
- Aydınlatma tasarımı sakinleştirici bir ortama katkıda bulunmalıdır.
- Doğum odaları geniş olmalı ve kadınları hareketliliğini korumaya teşvik etmeli ve teşvik etmelidir.
- Doğum odaları özel avlu ve bahçelere kolay erişim sağlamalıdır.
- Kadınları çevrelerini kişiselleştirmek için teşvik etmek için doğum odasında boşluklar sağlanmalıdır.

• Güvenli ve kültürel duyarlılığa önem veren doğum alanlarının tasarımı konusunda yerel topluma danışılmalıdır.

• Doğum odaları, dış mekân alanlarına erişime izin vermeli ve geleneksel törenleri desteklemelidir.

Doğum ortamının dikkat dağıtma, gevşeme ve rahatlama araçlarını içermesi; doğum odası sıcaklığının yükseltilmesi ve ortama aşinalık özelliklerinin olmasının doğum ve doğum sonuçları üzerinde olumlu etkileri olabileceği ifade edilmektedir (Nilsson ve ark., 2020).

Temellendirilmiş Bilgi: Kadın merkezli bakımda, ebenin bilgisinin somutlaştırılmış veya kanıt temellinde olmasının esas olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca ebe, her kadının bireysel gereksinimlerine cevap vermek için yeterli literatür bilgisine ve bu bilgiyi uygulama becerisine sahip olmalıdır. Bilginin farklı türlerinin deneysel, tecrübeye dayalı ve hassas bilgiden oluştuğu ifade edilmektedir. Doğurganlığı engelleyebilecek çeşitli durumlar hakkında sağlam bir teorik bilgi, ebelik bakımı için gereklidir. Sezgisel bilgi farklı bir bilgi türleri ile desteklenmektedir. Yeni teknolojilerin sezgisel bilgiyi desteklemesi söz konusudur (Berg ve ark., 2012).

Bilginin farklı türleri: Teorik, uygulamaya dayalı ve hassas bilgiden oluşmaktadır. Ebelerin doğumu etkileyebilen çeşitli durumlar ve hastalıklar ile ilgili sağlam bir teorik bilgiye sahip olması, ebelere mesleki rollerinde güvenlik hissi verir. Ayrıca doğumun doğal seyri boyunca güvenilir bir rehber olabilmenin de ön şartıdır. Ebe bilgi gelişimini artırmak için meslektaşlarıyla birlikte reflektif yöntemi kullanmalı ve sürekli geriye dönük olarak nerde doğru nerede hatalı davrandığını sorgulamalıdır. Modelde üç tür hassas ve sezgisel bilgi tanımlanmıştır: pratik deneyime dayalı sezgi, manevi farkındalığa dayalı sezgi ve kadın ile kurulan bağa dayalı sezgisel bilgidir. Sonuçta bu sezgisel bilgi, örneğin fetal kalp atışını değerlendirirken hem eski deneyimlerinden hem de yeni teknolojiden yararlanmak gibi farklı bilgilerin bir arada kullanmasını gerektirir.

Somutlaşmış bilgi: İngilizce “embodiment” kavramı “somutlaşma, vücut bulma” olarak çevrildiğinden embodied kavramı burada “somutlaşmış” olarak ele alındı. Modelde, bu kavram ebenin sahip olduğu bilgiyle bütünleşmiş olduğundan söz edilir. Ebe normalliği nasıl teşvik edeceğini ve gereksinim halinde tıbbi müdahaleleri nasıl kullanılacağını bilir.

Kadın ile ilgili bilgi: Kadının kendisi ile etkileşimde özel bilgi elde edilir ve geliştirilir. Ebe her kadının gereksinimlerine duyarlı olmalıdır. Ebenin kadınla olan ilişkisi, kendi mesleki becerilerinin ve somutlaşmış bilgisinin gelişimi için çok önemlidir (Berg ve ark., 2012).

Kültürel Bağlam (Engelleyici ve Destekleyici Normlar ile): Doğum eylemi sürecindeki ebelik bakımı; ebelik felsefesine dayalıdır ve kültürel bağlamda engelleyici ve destekleyici normları içerir. Destekleyici norm, ebenin doğum sırasında kadının yanında olması, gereksinimlerine göre sürekli olarak desteklenmesidir. Engelleyici norm, doğum sürecindeki bakımda, kadının kültürel beklentileri ile kurumun ve genel sağlık sistemi arasındaki ebelik bakımını etkileyen farklı kültürler arasında bir çatışma olmasıdır. Doğum eylemi sırasında her şey çok hızlı bir şekilde değişebileceğinden ebe, normal ile anormal olan arasında; çok boyutlu ebelik bilgilerini kullanır ve sürekli bir dengeleme eylemi içinde olmalıdır. Ebe bakım uygulaması sırasında, kadının kültürel normlarına saygılı ama kurumun ve sağlık bakım sisteminin doğrularına bağlı kalarak hareket etmelidir (Berg ve ark., 2012).

Dengeleme Eylemleri: Kadın merkezli bakım için ebenin yapması gereken eylemleri açıklar. Bu dengeleme, eşzamanlı görevler, zaman baskısı, kurallar ve yönetmeliklerle yoğun çalışma şartlar arasında bir ‘dans hattı’ gibidir. Dengeleme eylemleri, doğum eylemi süresince ‘kenetlenmiş bir arkadaş’ gibi olmayı ve kadına özgü gereksinimlerine saygı göstermeyi içerir. Dengeleme, ‘akışa bırakmaya, doğum ve doğum zamanını normal bakış açısından görmeye’ fırsat vermektir. Dengeleme eylemleri sayesinde ebe, doğumun normal seyretmesini sağlar (Berg ve ark., 2012).

İkinci Aşama:

4.2. Ebelerin sosyo-demografik özellikleri

Aşağıda çalışmaya katılan ebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4-1: Eğitim ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikleri

Demografik Özellikler	Eğitim grubu (n=32)	Kontrol grubu (n=36)	Z/χ^2	p-değeri
Yaş (yıl) [ortanca (ÇAG)]	25.5 (24.0-27.8)	29.5 (26.0-35.0)	Z=3.167	**0.002**
Eğitim durumu [n (%)]			–	0.395
Sağlık meslek lisesi	0 (0.0)	3 (8.3)		
Ön lisans	0 (0.0)	1 (2.8)		
Lisans	29 (90.6)	29 (80.6)		
Yüksek lisans	3 (9.4)	3 (8.3)		
Çalıştığı şehir [n (%)]			χ^2=11.347	**0.001**
İstanbul	12 (37.5)	28 (77.8)		
İstanbul dışı	20 (62.5)	8 (22.2)		
Doğumhanede çalışma süresi (yıl) [ortanca (ÇAG)]	1.83 (1.00-4.00)	4.00 (0.69-7.00)	Z=0.948	0.343
Kurumdaki hizmet süresi (yıl) [ortanca (ÇAG)]	1.50 (1.00-3.00)	3.00 (1.00-6.00)	Z=1.618	0.106
Toplam hizmet süresi (yıl) [ortanca (ÇAG)]	3.00 (1.13-5.00)	6.50 (1.50-11.75)	Z=2.020	**0.043**
Çalıştığı hastane [n (%)]			–	**0.039**
Devlet hastanesi	23 (72.0)	21 (58.3)		
Üniversite hastanesi	4 (12.5)*	14 (38.9)*		
Şehir hastanesi	1 (3.1)	0 (0.0)		
Eğitim ve araştırma hastanesi	1 (3.1)	0 (0.0)		
Özel hastane	2 (6.2)	1 (2.8)		
Serbest ebe	1 (3.1)	0 (0.0)		
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu [n (%)]			χ^2=0.567	0.452
Evet	24 (75.0)	24 (66.7)		
Hayır	8 (25.0)	12 (33.3)		
Son 3 aydaki aylık çalışma süresi (saat) [ortanca (ÇAG)]	185.5 (168.0-223.8)	160.0(160.0-180.0)	Z=2.649	**0.008**

ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek. *İlgili iki oran arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05).
Z: Mann-Whitney U testi sonucu, χ^2: Ki-kare testi sonucu

Katılımcıların yaş ortancası eğitim grubunda 25,5 yıl (ÇAG: 24.0-27.8), kontrol grubunda 29,5 yıl (ÇAG:26.0-35.0) şeklinde elde edilmiştir. Kontrol grubundaki ebelerin yaşları, eğitim grubundaki ebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Z=3.167, p=0.002). Eğitim grubunun %90,6'sı (n=29) ile kontrol grubunun %80,6'sının (n=29) Ebelik lisans programından mezun olduğu görülmüştür. Eğitim durumu bakımından iki grubun benzer

olduğu saptanmıştır (p=0.395). Eğitim grubuna çoğunlukla (%62,5, n=20) İstanbul dışında çalışan ebeler katılım gösterirken, kontrol grubunun çoğunluğunun (%77,8, n=28) İstanbul içinde çalışan ebelerden oluştuğu belirlenmiştir (χ^2=11.347, p=0.001).

Katılımcıların doğumhanede çalışma süresine ait ortanca, eğitim grubunda 1,83 yıl (ÇAG:1.00-4.00), kontrol grubunda 4.01 yıl (ÇAG:0.69-7.00) şeklinde hesaplanmıştır. İki grup arasında doğumhanede çalışma süresi ve mevcut kurumunda çalışma süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0.343 ve p=0.106). Ancak, toplam hizmet süresi kontrol grubunda, son 3 aydaki aylık ortalama çalışma süresi eğitim grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek gözlenmiştir (sırasıyla p=0.043 ve p=0.008). Ebelerin çalıştıkları hastaneler ele alındığında, eğitim grubunun %72,0'si (n=23) ile kontrol grubunun %58,3'ünün (n=21) devlet hastanesinde çalıştığı tespit edilmiştir. Üniversite hastanesinde çalışan ebe oranı eğitim grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (p<0.05). İki grupta benzer oranda ebenin mezuniyet sonrası eğitim aldığı görülmüştür (χ^2=0.567, p=0.452).

Eğitim grubundaki tüm katılımcıların eğitimden memnun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitimden memnuniyet düzeylerinin ortancası 10.00 (ÇAG: 9.25-10.00) şeklinde elde edilmiştir.

4.3. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ ve MİDÖ toplam ve alt boyutlarının puanları

4.3.1. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyutlarının puanları

Eğitim grubunda HMBYÖ puanlarının dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4-2: Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyutlarının puanları

HMBYÖ	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası 1	Eğitim sonrası 2	χ^2	p-değeri
Hasta bakış açılarına saygı duymak puanı				6.899	**0.032**
Ort±SS	4.43±0.45	4.56±0.62	4.49±0.46		
Ortanca (ÇAG)	4.33 (4.00-4.96)*	4.83 (4.17-5.00)*	4.50 (4.17-5.00)		
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı				7.146	**0.028**
Ort±SS	4.27±0.55	4.47±0.62	4.42±0.50		
Ortanca (ÇAG)	4.20 (4.00-4.80)¥	4.50 (4.05-5.00)¥	4.40 (4.00-5.00)		
Hasta konforunu sağlamak puanı				3.630	0.163
Ort±SS	4.51±0.48	4.66±0.61	4.56±0.54		
Ortanca (ÇAG)	4.50 (4.00-5.00)	5.00 (4.67-5.00)	4.67 (4.00-5.00)		
Hastaların haklarını savunmak puanı				1.238	0.538
Ort±SS	4.51±0.48	4.52±0.61	4.54±0.49		
Ortanca (ÇAG)	4.67 (4.00-5.00)	4.67 (4.33-5.00)	4.67 (4.08-5.00)		

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

*, ¥ İlgili iki ölçüm zamanı arasında ilgili ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). χ^2: Friedman testi sonucu

Eğitim grubunun HMBYÖ hasta bakış açılarına saygı duymak puanı ortancası eğitim öncesinde 4.33 (ÇAG: 4.00-4.96), eğitimden sonraki birinci değerlendirmede 4.83 (ÇAG: 4.17-5.00) ve eğitimden sonraki ikinci değerlendirmede 4.50 (ÇAG: 4.17-5.00) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.2). Puanların dağılımı değerlendirme zamanına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir (χ^2=6.899, p=0.032). Post-hoc test sonucunda eğitim sonrası birinci değerlendirme puanı eğitim öncesi puandan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etme puanı eğitim sonrası birinci değerlendirmede eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Hasta konforunu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak puanlarının değerlendirme zamanına göre istatistiksel olarak bir fark göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

4.3.2. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde MİDÖ alt boyutlarının puanları

Eğitim grubunda MİDÖ toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4-3: Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde MİDÖ toplam ve alt boyutlarının puanları

MİDÖ	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası1	Eğitim sonrası2	F/χ^2	p-değeri
İçsel doyum puanı				χ^2=1.644	0.440
Ort±SS	4.04±0.60	4.00±0.64	3.91±0.81		
Ortanca (ÇAG)	4.17 (3.73-4.58)	4.08 (3.58-4.50)	4.00 (3.54-4.48)		
Dışsal doyum puanı				F=0.275	0.761
Ort±SS	2.81±0.98	2.87±0.97	2.79±0.96		
Ortanca (ÇAG)	2.81 (1.91-3.56)	3.06 (2.00-3.47)	2.69 (1.91-3.47)		
Toplam puan				F=0.446	0.642
Ort±SS	3.55±0.69	3.55±0.70	3.46±0.78		
Ortanca (ÇAG)	3.70 (3.04-3.95)	3.58 (3.00-3.95)	3.55 (3.15-3.91)		

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek. χ^2: Friedman testi sonucu, F: Tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi sonucu

Eğitim grubunun içsel doyum puanı ortancası eğitim öncesinde 4.17 (ÇAG: 3.73-4.58), eğitim sonrası birinci değerlendirmede 4.08 (ÇAG: 3.58-4.50) ve ikinci değerlendirmede 4.00 (ÇAG: 3.54-4.48) olarak elde edilmiştir (Tablo 4.3). İçsel doyum puanı değerlendirme zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir (χ^2=1.644, p=0.440). Dışsal doyum puanı ortalaması eğitim öncesinde 2.81±0.98, eğitim sonrası birinci değerlendirmede 2.87±0.97 ve ikinci değerlendirmede 2.79±0.96 şeklinde hesaplanmıştır. Değerlendirme zamanına göre dışsal doyum puanı ve MİDÖ toplam puanı ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05; Tablo 4.3).

4.4. Eğitim ve kontrol grupları arasında HMBYÖ ve MİDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

4.4.1. Eğitim ve kontrol grupları arasında HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması (H_{1a})

Eğitim grubunun eğitim öncesi değerlendirme sonucu ile kontrol grubunun HMBYÖ puanları bakımından karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4-4: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim öncesi HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

HMBYÖ	Kontrol grubu	Eğitim grubu	Z	p-değeri	p-değeri[1]
Hasta bakış açılarına saygı duymak puanı			1.922	0.055	0.393
Ort±SS	4.16±0.59	4.43±0.45			
Ortanca (ÇAG)	4.17 (4.00-4.50)	4.33 (4.00-4.96)			
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı			1.336	0.182	0.600
Ort±SS	4.08±0.62	4.27±0.55			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (3.80-4.40)	4.20 (4.00-4.80)			
Hasta konforunu sağlamak puanı			2.124	**0.034**	0.193
Ort±SS	4.19±0.71	4.51±0.48			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (4.00-4.67)	4.50 (4.00-5.00)			
Hastaların haklarını savunmak puanı			2.807	**0.005**	0.106
Ort±SS	4.10±0.67	4.51±0.48			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (4.00-4.58)	4.67 (4.00-5.00)			

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

Z: Mann-Whitney U testi sonucu

[1]Yaşa ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucu

Kontrol grubunun HMBYÖ hasta bakış açılarına saygı duymak puan ortancası 4.17 (ÇAG: 4.00-4.50) şeklinde hesaplanmıştır (Tablo 4.4). Eğitim grubunun eğitim öncesi ilgili puanı ile kontrol grubunun puanı arasında hem Mann-Whitney U testi sonucunda hem de yaş ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Benzer sonuç HMBYÖ bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı için de elde edilmiştir ($p>0.05$). HMBYÖ hasta konforunu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak puanları tek değişkenli analiz sonucunda eğitim grubunun eğitim öncesi değerlendirmesinde kontrol grubuna göre daha yüksek bulunsa da çok değişkenli analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonuçları ile kontrol grubunun HMBYÖ puanları bakımından karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4-5: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 1. değerlendirmedeki HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

HMBYÖ	Kontrol grubu	Eğitim grubu	Z*	p-değeri*	p-değeri[1,*]
Hasta bakış açılarına saygı duymak puanı			3.290	**0.001**	**0.010**
Ort±SS	4.16±0.59	4.56±0.62			
Ortanca (ÇAG)	4.17 (4.00-4.50)	4.83 (4.17-5.00)			
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı			3.231	**0.001**	**0.015**
Ort±SS	4.08±0.62	4.47±0.62			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (3.80-4.40)	4.50 (4.05-5.00)			
Hasta konforunu sağlamak puanı			3.586	**<0.001**	**0.011**
Ort±SS	4.19±0.71	4.66±0.61			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (4.00-4.67)	5.00 (4.67-5.00)			
Hastaların haklarını savunmak puanı			3.228	**0.001**	**0.017**
Ort±SS	4.10±0.67	4.52±0.61			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (4.00-4.58)	4.67 (4.33-5.00)			

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

Z: Mann-Whitney U testi sonucu

[1]Yaşa ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucu

*Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubunun karşılaştırılması

Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubu HMBYÖ puanları bakımından incelendiğinde, tüm HMBYÖ puanlarının tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde eğitim grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirme sonuçları ile kontrol grubunun HMBYÖ puanları bakımından karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4-6: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 2. değerlendirmedeki HMBYÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

HMBYÖ	Kontrol grubu	Eğitim grubu	Z[§]	p-değeri[§]	p-değeri[1,§]
Hasta bakış açılarına saygı duymak puanı			2.693	**0.007**	**0.045**
Ort±SS	4.16±0.59	4.49±0.46			
Ortanca (ÇAG)	4.17 (4.00-4.50)	4.50 (4.17-5.00)			
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı			2.621	**0.009**	**0.034**
Ort±SS	4.08±0.62	4.42±0.50			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (3.80-4.40)	4.40 (4.00-5.00)			
Hasta konforunu sağlamak puanı			2.719	**0.007**	**0.024**
Ort±SS	4.19±0.71	4.56±0.54			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (4.00-4.67)	4.67 (4.00-5.00)			
Hastaların haklarını savunmak puanı			2.933	**0.003**	**0.037**
Ort±SS	4.10±0.67	4.54±0.49			
Ortanca (ÇAG)	4.00 (4.00-4.58)	4.67 (4.08-5.00)			

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

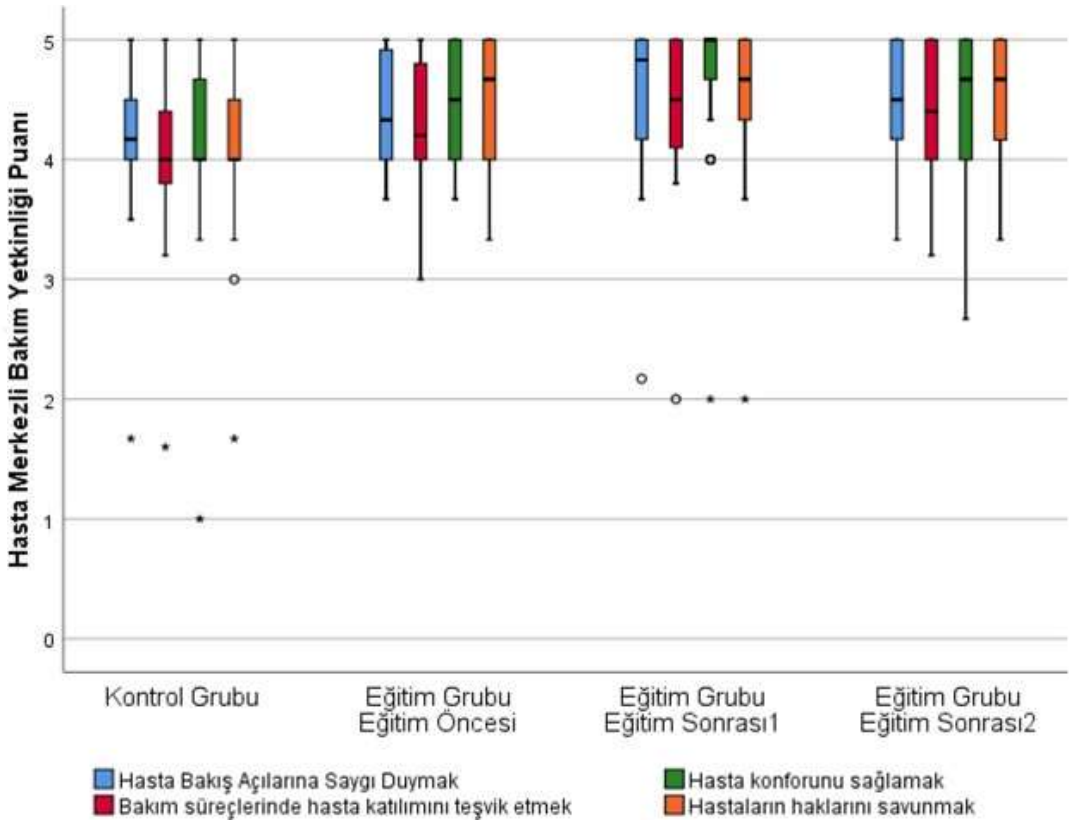
Z: Mann-Whitney U testi sonucu

[1]Yaşa ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucu

[§]Eğitim grubunun eğitim öncesi ikinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubunun karşılaştırılması

Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubu HMBYÖ puanları bakımından incelendiğinde, tüm HMBYÖ puanlarının tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde eğitim grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu elde edilmiştir ($p<0.05$; Tablo 4.6).

Eğitim ve kontrol grubunda HMBYÖ alt boyutlarından 1. ve 2. eğitim sonrası alınan puanlarının dağılımı Şekil 4.1'de verilmiştir.



Şekil 4-2: Eğitim grubu ile kontrol grubunda HMBYÖ 1. ve 2. eğitim sonrası alınan puanlarının dağılımı

Yaş ve mesai süresine göre düzeltilmiş sonuçlar doğrultusunda kontrol grubu ile eğitim grubunun eğitim öncesi HMBYÖ puanları arasında fark yoktur. Eğitim grubunun eğitim sonrası puanlarının kontrol grubununkine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eğitim grubu içinde HMBYÖ'nin ilk iki alt boyut puanı eğitimden sonra eğitim öncesine göre yüksektir. Ancak eğitim sonrası 2. değerlendirmedeki puanlar bir miktar azalmış, ne eğitim öncesiyle ne de eğitim sonrasıyla anlamlı düzeyde fark oluşturmaktadır. Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubu HMBYÖ puanları bakımından incelendiğinde, tüm HMBYÖ puanlarının tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde eğitim grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubuna kıyasla eğitim grubunda özellikle HMBYÖ'nün "hasta konforunu sağlamak" alt boyutunda artış saptanmıştır (Şekil 4.1).

4.4.2. Eğitim grubu ile kontrol grubunun MİDÖ düzeylerinin karşılaştırılması (H_2)

Eğitim grubunun eğitim öncesi değerlendirme sonucu ile kontrol grubunun MİDÖ puanları bakımından karşılaştırılması Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4-7: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim öncesi MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

MİDÖ	Kontrol grubu	Eğitim grubu	Z/t	p-değeri	p-değeri[1]
İçsel doyum puanı			Z=3.035	**0.002**	0.103
Ort±SS	3.64±0.56	4.04±0.60			
Ortanca (ÇAG)	3.75 (3.35-4.00)	4.17 (3.73-4.58)			
Dışsal doyum puanı			t=0.885	0.379	0.234
Ort±SS	3.00±0.80	2.81±0.98			
Ortanca (ÇAG)	3.06 (2.41-3.72)	2.81 (1.91-3.56)			
Toplam puan			t=1.075	0.286	0.883
Ort±SS	3.38±0.59	3.55±0.69			
Ortanca (ÇAG)	3.38 (2.95-3.91)	3.70 (3.04-3.95)			

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

Z: Mann-Whitney U testi sonucu, t: Student t testi sonucu

[1]Yaşa ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucu

Kontrol grubunun içsel doyum puan ortancası 3.75 (ÇAG: 3.35-4.00) şeklinde hesaplanmıştır (Tablo 4.7). Tek değişkenli analiz sonucunda eğitim grubunun eğitim öncesi içsel doyum puanı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuşsa da (p=0.002), çok değişkenli analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenememiştir (p=0.103). Tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde iki grubun dışsal doyum puanı ve MİDÖ toplam puanı bakımından benzer olduğu görülmüştür (p>0.05).

Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonuçları ile kontrol grubunun MİDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4-8: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 1. değerlendirmedeki MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

MİDÖ	Kontrol grubu	Eğitim grubu	Z/t*	p-değeri*	p-değeri[1,*]
İçsel doyum puanı			Z=2.363	**0.018**	0.220
Ort±SS	3.64±0.56	4.00±0.64			
Ortanca (ÇAG)	3.75 (3.35-4.00)	4.08 (3.58-4.50)			
Dışsal doyum puanı			t=0.600	0.550	0.246
Ort±SS	3.00±0.80	2.87±0.97			
Ortanca (ÇAG)	3.06 (2.41-3.72)	3.06 (2.00-3.47)			
Toplam puan			t=1.076	0.286	0.976
Ort±SS	3.38±0.59	3.55±0.70			
Ortanca (ÇAG)	3.38 (2.95-3.91)	3.58 (3.00-3.95)			

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

Z: Mann-Whitney U testi sonucu, t: Student t testi sonucu

1 Yaşa ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucu

*Eğitim grubunun eğitim sonrası birinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubunun karşılaştırılması

Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirmede elde edilen içsel doyum puanlarının tek değişkenli analizlerde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0.018, Tablo 4.8). Ancak yaş ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresi bakımından karşılaştırma düzeltildiğinde, iki grup arasında her iki değerlendirme sonuçları için de istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0.05). Dışsal doyum puanı ve MİDÖ toplam puanı incelendiğinde uygulanan istatistiksel testten bağımsız olarak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirme sonuçları ile kontrol grubunun MİDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4-9: Eğitim grubu ile kontrol grubunun eğitim sonrası 2. değerlendirmedeki MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

MİDÖ	Kontrol grubu	Eğitim grubu	Z/t[§]	p-değeri[§]	p-değeri[1,§]
İçsel doyum puanı			Z=2.320	**0.020**	0.193
Ort±SS	3.64±0.56	3.91±0.81			
Ortanca (ÇAG)	3.75 (3.35-4.00)	4.00 (3.54-4.48)			
Dışsal doyum puanı			t=1.002	0.320	0.147
Ort±SS	3.00±0.80	2.79±0.96			
Ortanca (ÇAG)	3.06 (2.41-3.72)	2.69 (1.91-3.47)			
Toplam puan			Z=0.695	0.487	0.874
Ort±SS	3.38±0.59	3.46±0.78			
Ortanca (ÇAG)	3.38 (2.95-3.91)	3.55 (3.15-3.91)			

SS: Standart sapma, ÇAG: 1. çeyrek – 3.çeyrek

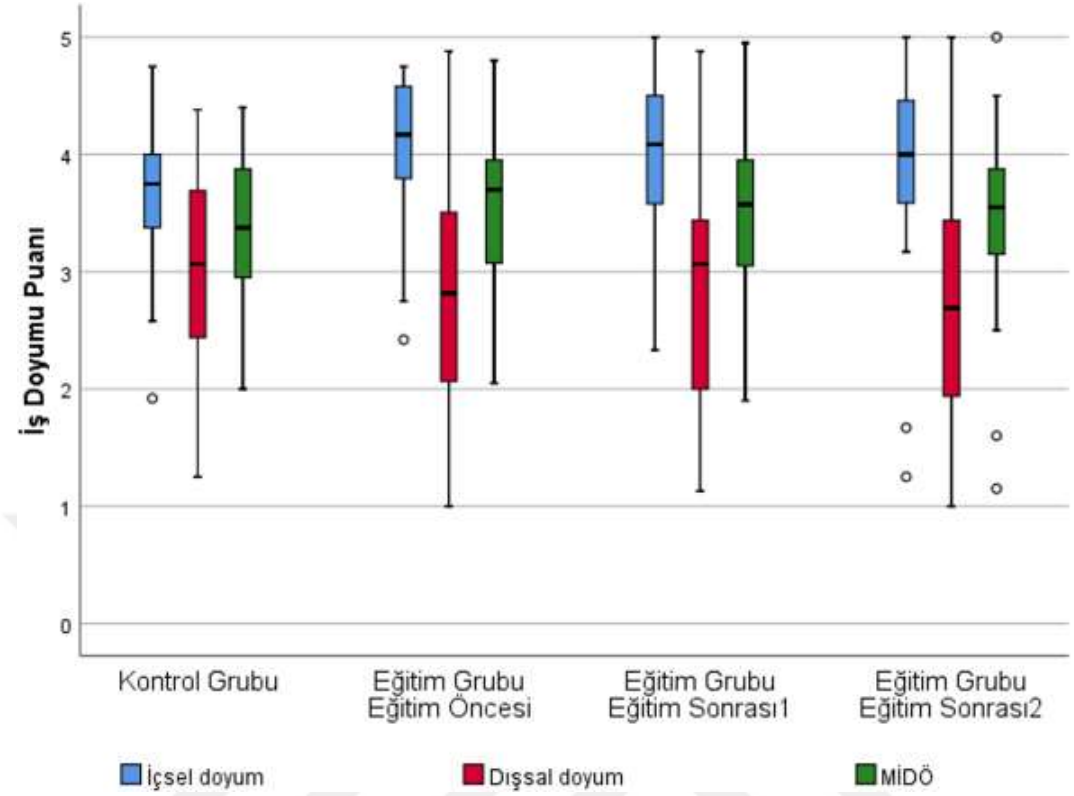
Z: Mann-Whitney U testi sonucu, t: Student t testi sonucu

[1]Yaşa ve son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresine göre düzeltmeli Quade'nin ANCOVA testi sonucu

[§]Eğitim grubunun eğitim öncesi ikinci değerlendirme sonucu ile kontrol grubunun karşılaştırılması

Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirmede elde edilen içsel doyum puanlarının tek değişkenli analizlerde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0.020, Tablo 4.9).

Eğitim grubunda MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarını Şekil 4.2'de verilmiştir.



Şekil 4-3: Eğitim grubu ile kontrol grubunda MİDÖ 1. ve 2. eğitim sonrası alınan puanlarının dağılımı

Eğitim grubu ile kontrol grubunda MİDÖ puanlarının dağılımı eğitim sonrası içsel doyum puanının eğitim grubunda daha yüksek olduğu bulunurken eğitimin MİDÖ üzerinde genel olarak belirgin bir etkisinin olmadığı görülmektedir (Şekil 4.2).

4.5. Eğitim ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Eğitim grubunda yaş ve çalışma süreleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4-10: Eğitim grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Yaş		Toplam Hizmet Süresi		Kurumda Çalışma Süresi		Doğumhanede Çalışma Süresi		Son 3 Aydaki Aylık Ortalama Mesai	
Ölçek puanları	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**
Eğitim öncesi										
Hasta bakış açılarına saygı duymak	-0.136	0.459	-0.009	0.960	-0.053	0.773	0.040	0.828	0.230	0.206
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek	0.072	0.693	0.213	0.241	0.300	0.096	0.344	0.054	0.358	**0.044**
Hasta konforunu sağlamak	-0.048	0.792	0.025	0.894	0.148	0.420	0.071	0.698	0.063	0.733
Hastaların haklarını savunmak	-0.022	0.906	0.067	0.714	0.222	0.222	0.045	0.805	0.037	0.842
İçsel doyum	-0.306	0.089	-0.218	0.230	0.106	0.565	-0.213	0.243	0.034	0.854
Dışsal doyum	-0.418	**0.017**	-0.411	**0.019**	-0.219	0.228	-0.486	**0.005**	-0.130	0.477
MİDÖ Toplam	-0.377	**0.033**	-0.319	0.075	-0.072	0.694	-0.363	**0.041**	-0.092	0.618
Eğitim sonrası 1. değerlendirme										
Hasta bakış açılarına saygı duymak	0.026	0.887	0.092	0.615	0.062	0.738	0.010	0.957	-0.180	0.323
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek	-0.064	0.728	0.021	0.909	-0.036	0.846	-0.030	0.870	-0.258	0.154
Hasta konforunu sağlamak	-0.110	0.549	-0.109	0.553	-0.137	0.454	-0.173	0.343	-0.102	0.578
Hastaların haklarını savunmak	-0.014	0.940	0.051	0.780	0.105	0.566	-0.029	0.874	-0.362	0.042
İçsel doyum	-0.041	0.823	0.098	0.595	0.218	0.231	-0.029	0.873	0.168	0.357
Dışsal doyum	-0.346	0.053	-0.282	0.117	-0.158	0.388	-0.362	**0.042**	0.219	0.228
MİDÖ Toplam	-0.250	0.167	-0.138	0.450	0.010	0.958	-0.248	0.171	0.155	0.397

r_S: Spearman korelasyon katsayısı

Eğitim grubundaki katılımcıların yaş ve çalışma süreleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, eğitim öncesi dışsal doyum puanı ve MİDÖ toplam puanının yaş ve doğumhanede çalışma süresi ile negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Eğitim öncesi dışsal doyum puanı toplam hizmet süresi ile, eğitim sonrası birinci değerlendirme dışsal doyum puanı doğumhanede çalışma süresi ile negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim öncesi bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı ile son üç aydaki aylık ortalama mesai

süresi arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkili tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.10)

4.5.1. Kontrol grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Kontrol grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyutlarına ait puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4-11: Kontrol grubunda demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

	Yaş		**Toplam Hizmet Süresi**		**Kurumda Çalışma Süresi**		**Doğumhanede Çalışma Süresi**		**Son 3 Aydaki Aylık Ortalama Mesai**	
Ölçek puanları	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**	**r_S**	**p**
Hasta bakış açılarına saygı duymak	0.130	0.449	-0.138	0.423	-0.238	0.162	-0.191	0.265	0.400	0.016
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek	0.076	0.658	0.105	0.542	0.032	0.853	0.005	0.975	0.401	**0.015**
Hasta konforunu sağlamak	-0.010	0.954	0.100	0.563	0.016	0.925	0.003	0.988	0.251	0.140
Hastaların haklarını savunmak	-0.145	0.400	-0.217	0.204	-0.339	**0.043**	-0.334	**0.047**	0.325	0.053
İçsel doyum	-0.214	0.210	-0.104	0.544	-0.075	0.662	-0.141	0.411	0.048	0.780
Dışsal doyum	-0.156	0.363	-0.092	0.593	-0.185	0.280	-0.093	0.590	-0.075	0.664
MİDÖ Toplam	-0.217	0.204	-0.147	0.393	-0.158	0.357	-0.146	0.396	-0.009	0.957

r_S: Spearman korelasyon katsayısı

Kontrol grubunda yaş ve çalışma süreleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler ele alındığında; hastaların haklarını savunmak puanı, kurumda ve doğumhanede çalışma süreleri ile negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek puanı ile son 3 aydaki aylık ortalama mesai süresi arasında eğitim grubundakine benzer şekilde pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer ölçek puanları ile yaş ve çalışma süreleri arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın birinci amacı DKMBM'nin Türkçe'ye uyarlanmasını sağlamaktır. Modelde yer alan kavramların Türkçe'ye uyarlanmasında uzmanların, eğitim alan ebelerin ve tez izlem komitesi üyelerinin de görüşleri incelendiğinde bu modelin ebelik alanında uygulamaya aktarılabileceği düşünülmektedir. Ebelik bakım modellerinin incelendiği sistematik bir derlemede, ebelik bakımının bireysel olması gerektiği ifade edilmiştir (Eri ve ark., 2020).

Araştırmanın ikinci amacı ise bir ebelik bakım modeline ilişkin eğitim programı geliştirmek ve bu eğitimin ebelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve iş doyumu düzeylerine etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı:

5.1. Araştırmaya katılan ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin tartışması

5.2 Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ ve MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının tartışması

5.2.1 Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyut puanlarının tartışması

5.2.2 Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve 2. ölçümlerde MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının tartışması

5.3. Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında HMBYÖ ve MİDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının tartışması

5.3.1 Eğitim ve kontrol grupları arasında HMBYÖ'nün alt boyut puanlarının karşılaştırılması (H_{1a})

5.3.2 Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (H_{1b})

5.4 Eğitim ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin tartışması

5.1. Ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin tartışması

Vakaların sosyo-demografik özellikleri; eğitim durumu, doğumhanede çalışma süresi ve mevcut kurumda çalışma süresi bakımından gruplar benzerdir. İki grupta benzer oranda ebe mezuniyet sonrası eğitim almıştır. Bu araştırmada ebelerin eğitim durumu

incelendiğinde eğitim ve kontrol grubunda çoğunluğun ebelik lisans programından mezun olduğu saptandı (Tablo 4.1). Yapılan bir araştırmada ebelerin çoğunluğunun lisans veya üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır (Bilgin ve ark., 2017). Ülkemizde ebeliğin 1996-97 yıllarında lisans ve 2000 yıllarında yüksek lisans ve doktora düzeyindeki eğitimin yaygınlaşması bu sonuç ile ilişkilendirilebilir.

Deneysel araştırmalarda gruplar arasında fark olmaması beklenmektedir. Ancak kontrol grubundaki ebelerin yaşları, eğitim grubundaki ebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim grubuna çoğunlukla İstanbul dışında çalışan ebeler katılım gösterirken, kontrol grubunun çoğunluğunun İstanbul içinde çalışan ebelerden oluşmaktadır. Kontrol grubunda toplam hizmet süresi, eğitim grubunda son 3 aydaki aylık ortalama çalışma süresi daha yüksektir. Üniversite hastanesinde çalışan ebe oranı eğitim grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.1). Bu sonuçlar bize DKMBM eğitimine ebeler gönüllü olarak katılım sağladığından araştırmaya genç ve çalışma yılı az olan ebelerin daha fazla talep gösterdiği düşündürebilir. Ayrıca grupta randomizasyonun sağlanmamasının bir sonucu olarak gruplar arasında yaş, toplam hizmet süresi ve son üç aylık çalışma saati gibi parametrelerde farklılıklar olduğu öne sürülebilir (Tablo 4.1).

5.2. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve eğitim sonrası 2. ölçümlerde HMBYÖ ve MİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının tartışması

5.2.1. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve eğitim sonrası 2. ölçümlerde HMBYÖ alt boyut puanları

Ebelerin eğitim öncesi, birinci ve ikinci değerlendirmede HMBYÖ puanlarının dağılımı değerlendirme zamanına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdi. Yapılan Post-hoc test sonucunda eğitimin "hasta katılımını teşvik etme" düzeyinin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerle yapılan bir araştırmada hasta merkezli bakım yetkinliği daha yüksek olanların, uygulamada daha sık hasta katılımı sağladığı belirlenmiştir (Hwang ve ark., 2019). Kadın merkezli bakım anlayışına ve yetkinliğine sahip olan ebelerin de bireylerin katılımını desteklemesi söz konusudur.

Eğitim grubunda "hasta konforunu sağlamak" ve "hastaların haklarını savunmak" puanlarının değerlendirme zamanına göre değişim olmamıştır. Aktaş ve Pasinlioğlu'nun (2020) araştırmasında ebeler yönelik empati eğitminin ebelerin empati düzeyini arttırdığı ve kadınların memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Yüksek kaliteli bakım için hasta merkezli bakım gereklidir. Kadın merkezli bakım ile kadınların konforu artırılabilir

ve onların hakları da savunulabilir. Eğitim grubunda yer alan ebeler eğitime kendi talepleri doğrultusunda katıldığından birey merkezli uygulamalara ilişkin bir eğilimlerinin olması da söz konusudur.

5.2.2. Eğitim grubunda eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. ve eğitim sonrası 2. ölçümlerde MİDÖ toplam ve alt boyut puanları

Eğitim grubunda değerlendirme zamanına göre içsel doyum puanı, dışsal doyum puanı ve MİDÖ toplam puanı ortalamalarında değişiklik olmamıştır (Tablo 4.3). Literatürde kadın merkezli ebelik uygulamaları iş doyumunu etkileyen bir parametre olarak incelenmiştir. Yapılan bir araştırmaya göre kadın merkezli bakım sunmanın sağlık profesyonellerinin iş doyumunu arttırmaktadır (Lundgren ve ark., 2020). Yapılan sistematik bir derlemede vaka yükü (caseload) modeli çerçevesinde çalışan (kadınları gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç boyunca takip eden, kendisine belirli sayıda tahsis edilen kadının gereksinimleri doğrultusunda bakım ve ebelik uygulaması düzenleyen) ebelerin iş doyumunu ve uygulamalarının sürdürülebilirliği incelenmiştir. Hem ebelerin hem de sağlık yöneticilerinin bu bakım modellerini daha etkin bir şekilde uygulamalarına, maliyetleri ve personel kaybını ve personel yıpranmasının azalmasına imkan tanıdığı öne sürülmektedir.

Ebelerin doğurganlık döneminde kadınlara ve ailelerine verilen hizmetlere ilişkin tükenmişliğini azaltmak, refah ve memnuniyet düzeyini artırmak gereklidir (Hanley ve ark., 2021).Yapılan bir araştırmada COVID-19 pandemisinin doğrudan ve dolaylı olarak ebelerin mesleki stres düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Artan iş yükünün iş doyumunun azalmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Jasiński ve ark., 2021). Depresyonun ebelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, depresyon yaşayan ebelerin iş doyumu düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Altiparmak ve Yilmaz, 2021). COVID-19 pandemisinin ebelerin iş doyumu düzeyini etkileyen önemli bir parametre olması, ebelerin eğitime bağlı olarak iş doyumu düzeyinin artmamış olması ile ilişkilendirilebilebilir.

5.3. Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında HMBYÖ ve MİDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının tartışması

5.3.1. Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında HMBYÖ alt boyut puanları (H1a)

Ebelerin eğitim grubu ile konrol grubunun HMBYÖ düzeylerinin eğitim öncesinde karşılaştırılmasında "Hasta konforunu sağlama" ve "Hastaların haklarını

savunma" boyutunda eğitim grubunun puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasındaki birinci ve ikinci değerlendirmede eğitim grubunun bu boyutlarda puanları yine anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.4, Şekil 4.1). Hasta konforunu sağlama ve hastanın haklarını savunma alt boyutlarıyla "kadının yanında olma" ilişkilendirilebilir. "Kadının yanında olma"yı sağlamak kadın merkezli ebelik bakım modelinde karşılıklı ilişkinin temelini oluşturmaktadır. Hem eğitim hem de kontrol grubundaki ebelerin kadının konforunu sağlamada ve savunuculuk rollerini halihazırda yerine getirdikleri ifade edilebilir. Eğitim grubundaki ebelerin eğitim sonrası değerlendirmelere bakıldığında HMBYÖ'deki "Hasta bakış açılarına saygı duymak" ve "Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek" olmak üzere iki alt boyutunda ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Böylece araştırmanın H_{1a} hipotezi iki alt boyutu açısından doğrulanmıştır.

Kadın merkezli bakımın kadının bir bütün olarak görülmesini sağladığı ve sağlık yönetimi konusunda kadınlarla ortak karar vermeyi teşvik ettiği ifade edilmektedir (Hwang ve ark., 2019). Kadın merkezli bakım yetkinliği yüksek olan ebelerin kadınlarla ortaklıklar kurarak, onların güvenliğe katılımını teşvik edeceği düşünülmektedir. Ebenin kadın tarafından doğum öncesinde tanınmadığı bir doğum hizmeti sisteminde kadınlarla ebe arasında bir bağlantı kurulmasına acil bir gereksinim olduğu ifade edilmektedir (Bradfield ve ark., 2019). Türkiye'de serbest ebelik dışındaki mevcut sistemde doğum yapmak üzere hastaneye gelen kadın maalesef doğumuna eşlik edecek ebeyi tanınmamaktadır. Dolayısıyla bu durum, ebenin kadınla nitelikli bir karşılıklı ilişki kurması ve kadın ile birlikte olabilmesi güçleşmektedir Kadın merkezli bakım, kadının bir bütün olarak görülmesini sağlarken sağlık yönetimi konusunda hastalarla ortak karar vermeyi teşvik etmelidir. Kadın merkezli bakım yetkinliği yüksek olan ebeler kadınlarla ortaklıklar kurarak, onların güvenliğe katılımını teşvik edebilir (Hwang ve ark., 2019).

Araştırmanın eğitim grubuna ebelerin kadın merkezli bakım ebelik eğitimini gönüllü olarak başvuru yapmaları söz konusudur. Eğitime katılmak isteme durumu, kadın merkezli ebeliğe ilişkin bir merak ve bir farkındalığın olmasını da beraberinde getireceğinden önemli bir potansiyel yanlılık kaynağıdır. Araştırmanın ilk aşamasında ebelerin bakım verdiği kadınların doğum deneyimleri, memnuniyet düzeyi ve doğum korkusu düzeylerinin de incelenmesi planlanmıştır. Ancak COVID-19 nedeniyle

araştırma izni alınamadığından dolayı araştırma çevrimiçi olarak ve sadece ebe örneklemiyle gerçekleştirildi. Bu da önemli bir sınırlılık olarak ifade edilebilir.

5.3.2. Eğitim grubu ile kontrol grupları arasında MİDÖ toplam ve alt boyut puanları (H_{1b})

Ebelerin iş doyumu düzeyi gruplar arasında içsel doyum, dışsal doyum ve MİDÖ toplam puanı açısından farklılık göstermemiştir (Tablo 4.7, Şekil 4.2). Dolayısıyla H_{1b} hipotezi doğrulanamamıştır. Ebelerin iş doyumunun incelendiği bir araştırmada içsel doyum, dışsal doyum ve MİDÖ toplam puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Koç ve Dolgun, 2016). Yine benzer bir araştırmada ebelerin MİDÖ toplam düzeylerinin düşük seviyede, içsel doyumlarının orta, dışsal doyumlarının ise düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Toker ve ark., 2020). Bir başka araştırmada ebelerin yarısından azının (%45) işlerinden, yarısından azı (%42) 'çalışma ortamından' ve yarısından azı (%45) 'yönetim ile ilişkilerden' ve 'iş gereksinimlerinden' memnun olduğu saptanmıştır (Muluneh ve ark., 2021). Toker ve ark.'nın (2020) yaptığı araştırmada ebelerin eğitim düzeyi ve mesleği sevme durumlarının iş doyumu düzeyini etkilediği belirlenmiştir. COVID-19'un iş doyumunu etkileyen bir parametre olmasının yanı sıra pandemi öncesinde de ebelerin iş doyumunun yüksek olmadığı görülmektedir (Koç ve Dolgun, 2016). Yapılan bir diğer araştırmada ebelerin yarısından fazlasının işlerinden memnun olduğu, yine yarısından fazlasının 'personel etkileşiminden' memnun olduğu 'profesyonel durum' ile ilgili olarak nispeten daha iyi memnuniyet oranları bildirilmiştir. Ebelerin neredeyse beşte ikisi mevcut pozisyonlarından ayrılmayı amaçlamıştır (Muluneh ve ark., 2021). Literatürdeki çoğu çalışma ile uyumlu olan bu sonuç ebelerin iş doyumu düzeylerinin genel anlamda orta düzeyde olduğu ve iş doyumu düzeylerinin arttırılmasına gereksinim olduğunu düşündürmektedir. İş doyumunu etkileyen çok sayıda parametre olduğundan farkındalık arttırma amaçlı uygulanan DKMBM eğitim programının iş doyumunu etkilemediği ifade edilebilir.

Yapılan sistematik bir derlemede vaka yükü (caseload) modeli çerçevesinde çalışan (kadınları gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç boyunca takip eden, kendisine belirli sayıda tahsis edilen kadının gereksinimleri doğrultusunda bakım ve ebelik uygulaması düzenleyen) ebelerin iş doyumunu ve uygulamalarının sürdürülebilirliği incelenmiştir. Hem ebelerin hem de sağlık yöneticilerinin bu bakım modellerini daha etkin bir şekilde uygulamalarına, maliyetleri ve personel kaybını ve personel yıpranmasının azalmasına

imkan tanıdığı öne sürülmektedir. Bu sistematik derlemede kadınlarla ilişki kurma becerisi, mesleki özerklik ve kimlik duygusunun geliştirilmesini, çalışma düzenlemeleri üzerinde kontrol uygulama becerisine ve iş doyumuna kilit katkıda bulunanlar olarak mevcut örgütsel destekleri ve kadınlar için mücadeleyi sürdürme becerisini tanımlanmıştır. Vaka yükü modeliyle çalışan ebeler, gelecekteki doğum hizmetlerinin planlanmasında ve ebelik alanında işgücü tutma stratejileri için öncelikli alanlar olarak tanımlanmaktadır (Hanley ve ark., 2021). Ebelerin iş doyumunun, duygusal sağlığı ve esenliğini olumlu yönde etkileyeceği ifade edilmektedir (Matthews ve ark., 2021). Ebelerin iş doyumu düzeyini etkileyen çok sayıda faktör olduğu görülmektedir. Ebelerin iş doyumu düzeyinin arttırılması için çeşitli strateji ve çözüm yollarının geliştirilmesi önemlidir. Kadın merkezli ebelik bakımı uygulayabilmenin iş doyumunu arttırabileceği öngörülmektedir.

5.4. Eğitim ve kontrol gruplarının demografik ile HMBYÖ, MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin tartışması

Hem eğitim hem de kontrol grubunda ebelerin yaş ve çalışma süreleri (toplam hizmet süresi, kurumda çalışma süresi, doğumhanede çalışma süresi, son 3 aydaki aylık ortalama mesai) ile HMBYÖ alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.10, Tablo 4.11). Bakır ve Demir'in (2020) hemşirelerle yaptığı bir araştırmada 10 yıl ve üzeri çalışma yılı olan hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliğinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yaş ve çalışma süreleri (toplam hizmet süresi, kurumda çalışma süresi, doğumhanede çalışma süresi, son 3 aydaki aylık ortalama mesai) ile HMBYÖ alt boyut puanları arasında ilişki ile ilgili literatürdeki bilgiler oldukça kısıtlıdır.

Hem eğitim hem de kontrol grubunda ebelerin yaşı, toplam hizmet süresi, doğumhanede çalışma süresi ve son üç aydaki ortalama mesai saati ile MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.10, Tablo 4.11). Koç ve Dolgun (2016)'nın yaptığı araştırmada ebelerin demografik özellikleriyle MİDÖ puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Cerrahi hemşireleriyle yapılan bir araştırmada kişisel özellikleri (cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu ve eğitim durumu) ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin yaşının artması ile içsel doyumun da arttığı bildirilmiştir (Önem ve Avcı, 2018). Hem eğitim hem de kontrol grubunda ebelerin çalışma süreleri ile MİDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında bir

ilişki bulunamamıştır. Önem ve Avcı'nın (2018) yaptığı araştırmada kurumda 1 yıl ve daha az süre çalışanların dış ve genel iş doyumu puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde ebelerin iş doyumu, sağlık kuruluşlarının yönetiminden destek alamama, düşük maaş, personel yetersizliği, mesleki faaliyetler için yetersiz zaman, iş-aile dengesizliği, yoğun iş yükü, fiziksel talepler, yetersiz mesleki gelişim, çalışma ortamı, stres ve düşük mesleki otonomi ile ilişkilendirilmiştir (Nedvědová ve ark., 2017). Ebelerin iş doyumu düzeyini etkileyen bir diğer parametre de kadın merkezli bakım olarak incelenmiştir. Yapılan bir araştırmaya göre kadın merkezli bakım sunmak, sağlık profesyonellerinin iş doyumunu arttırmaktadır (Lundgren ve ark., 2020). Yaş ve çalışma saatleri ile iş doyumu düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların farklı sonuçlar mevcuttur.

6. SONUÇ

Bu araştırma doğumda kadın merkezli ebelik bakımına yönelik verilen eğitimin kadın merkezli bakım yetkinlik düzeyine ve iş doyumu düzeylerine etkisine ilişkin daha sonraki çalışmalara temel oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda;

- Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli, ebelik alanında uygulamaya aktarılabilecek bir model olduğu ifade edilebilir.
- Ebelerin tamamı doğumda kadın merkezli ebelik bakımı eğitiminden memnun kalmıştır.
- Ebelere verilen DKMBM eğitiminin "hasta konforunu sağlama" ve "hastaların haklarını savunma" boyutlarında bakım yetkinlik düzeylerini arttırdığı saptanmıştır.
- Eğitim alan ebelerin kadının katılımını teşvik etme düzeyi eğitim süreci içerisinde arttığı saptanmıştır.
- Eğitim grubunun eğitim sonrası ikinci değerlendirmede elde edilen içsel doyum puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.
- Ebelerin eğitim grubu ile konrol grubunun HMBYÖ düzeylerinin karşılaştırılmasında "Hasta konforunu sağlama" ve "Hastaların haklarını savunma" boyutunda eğitim grubunun puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Eğitim sonrasındaki birinci ve ikinci değerlendirmede eğitim grubunun bu boyutlarda puanlarının yine anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada hem eğitim hem de kontrol grubundaki ebelerin yaşı, toplam hizmet süresi, doğumhanede çalışma süresi ve son üç aydaki ortalama mesai ile iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Bu çalışmada kadın merkezli bakım sadece ebeler için yararları boyutuyla ele alınmıştır. Başka çalışmalarda gebeler, aile, yenidoğan ve kurum için olan yararları da incelenebilir.
- Eğitimin haftada bir veya ayda birkaç kez olacak şekilde planlanması kadın merkezli ebelik bakım eğitiminin etkinliğini arttırabilir.

- Sonraki çalışmalarda kadınların da ebelik bakımını değerlendirebileceği araştırmalar yapılabilir.
- Kadın merkezli ebelik bakımının değerlendirilebileceği ölçüm araçları geliştirilebilir.
- Ebelik mesleğinin temellerin atıldığı ebelik eğitimi sürecinde kadın merkezli ebelik uygulamalarına yer verilmesi önerilebilir.
- Doğumda kadın merkezli ebeliğe ilişkin hizmet içi eğitimler planlanabilir, haftalık vaka toplantıları yapılabilir.
- Ebelikte klinik uygulama, araştırma, eğitim ve yönetim alanlarında ebelik bakım modelleri kullanılabilir.
- Ebelerin COVID-19'a bağlı yoğun şekilde ve ebelik dışı birimlerde çalışmasından dolayı bu eğitimin tekrar uygulanması önerilebilir.
- Ebelerin kadınlara ve ailelerine verdiği hizmetlere ilişkin tükenmişliği azaltabilmek için ebelerin refah ve memnuniyet düzeyi artırılabilmelidir.
- İş doyumu düşük olan ebelerin haritalandırılması ve ardından ebelerin meslekte kalmalarını ve iş doyumlarını artırmaya yardımcı olacak stratejiler geliştirilmelidir.
- Kurum yöneticileri, ebelerin iş doyumlarını artırmak için onların çalışmalarını takdir edebilmeli ve onlara yeterli desteği sağlayabilmelidir.
- Ebelerde "kadınların bakış açılarına saygı duyma" ve "bakım süreçlerine kadınları teşvik etme" becerilerileri geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

Aktas, S., & Pasinlioğlu, T. (2021). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27*(4), 858-867.

Altiparmak, S., & Yilmaz, A. N. (2021). The effect depression levels in midwives have on burnout and their level of job satisfaction. European Journal of Midwifery, 5.

Anderson, G., Zega, M., D'Agostino, F., Rega, M. L., Colaceci, S., Damiani, G., ... & Cocchieri, A. (2021). Meta-synthesis of the needs of women cared for by midwives during childbirth in hospitals. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 50*(1), 6-19.

Arslanoğlu, A., & Kırılmaz, H. (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(2), 158-166.

Avcı, M. G., & Kıran, E. (2021). Toplumsal Değişme, Yetişkin Eğitimi ve Sosyoloji. *Milli Eğitim Dergisi*, 50(230), 835-856.

Aydın, N., & Yıldız, H. (2018). Effects of traumatic birth experience and transmission intergenerational Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences, 15*(1), 604-618.

Bakır, N., & Demir, C. (2020). Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 109-117.

Bass, J., Fenwick, J., & Sidebotham, M. (2017). Development of a model of holistic reflection to facilitate transformative learning in student midwives. *Women and Birth, 30*(3), 227-235

Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care–in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare, 3*(2), 79-87.

Bilgin, Z., Kocabey, M. Y., Yeşilyurt, G., & Öztürk, D. (2017). Ebelerde Örgütlenme Ve İş Doyumunun Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4*(2), 105-110.

Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G., & Bayes, S. (2019). Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 386-399.

Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., Duggan, R., (2019). Urgency to build a connection: midwives' experiences of being 'with woman' in a model where midwives are unknown. *Midwifery*; 69, 150–157. doi:10.1016/j.midw.2018.11.014

Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107-119.

Brunstad, A., & Hjälmhult, E. (2014). Midwifery students learning experiences in labor wards: A grounded theory. *Nurse Education Today, 34(*12), 1474-1479.

Bryar, R., Sinclair, M. (2011). *Theory for midwifery practice*. 2nd ed. Chippenham and Eastbourne: Palgrave and Macmillan.

Campbell, G. ve Skillings, J. H. (1985). Nonparametric stepwise multiple comparison procedures. *Journal of the American Statistical Association, 80,* ss: 998–1003.

CDC. TREND Statement Checklist (2021). https://www.cdc.gov/trendstatement/pdf/trendstatement_TREND_Checklist.pdf

Çiçek Okuyan, Y., Tuna Oran, N. & Öztürk Can, H. Ebelik uygulama alanlarında yapılan teori ve modele dayalı tezler. *Life Sciences*, *14*(1), 20-29.

Dahlen, H.G., Caplice S. (2014) What do midwives fear? *Women and Birth* 27,266-270

Davis, D. L., Creedy, D. K., Bradfield, Z., Newnham, E., Atchan, M., Davie, L., ... & Stulz, V. (2021). Development of the woman-centred care scale-midwife self report (WCCS-MSR). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-11.

Davis-Floyd R. (1994). Culture and birth: the technocratic imperative. *Birth Gaz, 11*(1):24–25. PMID:7881312

Davison, C., Hauck, Y. L., Bayes, S. J., Kuliukas, L. J., & Wood, J. (2015). The relationship is everything: Women′ s reasons for choosing a privately practising midwife in Western Australia. *Midwifery*, *31*(8), 772-778.

De Labrusse C, Ramelet A, Maclennan SJ. (2016). Patient-centered care in maternity services: A critical appraisal and synthesis of the literature. *Women's Health Issues*. *26*(1): 100-109. doi:10.1016/j.whi.2015.09.003

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*, *32*(2), 99-111.

Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized behavioral and public health interventions evaluations: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366.

Dong, K., Jameel, B., & Gagliardi, A. R. (2022). How is patient-centred care conceptualized in obstetrical health? comparison of themes from concept analyses in obstetrical health-and patient-centred care. *Health Expectations.* 1–17. DOI: 10.1111/hex.13434

Divall, B. (2018). Competing discourses of risk and woman-centred care: challenges for midwives and women. International Journal of Birth and Parent Education, 5(3).

Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, *3*(1), 93-102.

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gulmezoglu, A.M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Plos One 13*(4): e0194906.

Ekman, I., Ebrahimi, Z., & Olaya Contreras, P. (2021). Person-centred care: looking back, looking forward. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *20*(2), 93-95.

Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 4.

Eroğluer, K, (2011), "Örgütsel İletişim ile İş Tatmini Unsurları Arasındaki İlişkiler: Kuramsal Bir İnceleme", *Ege Akademik Bakış Dergisi, 11(*1), 121-136.

Fahy, K. M., & Parratt, J. A. (2006). Birth territory: a theory for midwifery practice. Women and Birth, 19(2), 45-50.

Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, *39*(2):175-191.

Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2.

Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., van Beeck, E., van Hooft, S., & van Staa, A. (2019). Dutch midwives' views on and experiences with woman-centred care—A Q-methodology study. Women and Birth, 32(6), e567-e575.

Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M; Shafiei, T. & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and

postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC pregnancy and childbirth, 16(1), 28.

Gaskin, I.M.. (2003). (Çeviri) Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi, 1. Baskı. İstanbul: Sinek Sekiz Yayınevi, 183.

George, D. ve Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon, ss:231.

Gibson, B. E., Fadyl, J. K., Terry, G., Waterworth, K., Mosleh, D., & Kayes, N. M. (2021). A posthuman decentring of person-centred care. *Health Sociology Review*, 1-16.

Goodwin, L., Hunter, B., & Jones, A. (2018). The midwife–woman relationship in a South Wales community: Experiences of midwives and migrant Pakistani women in early pregnancy. *Health Expectations*, *21*(1), 347-357.

Hanley, A., Davis, D., & Kurz, E. (2021). Job satisfaction and sustainability of midwives working in caseload models of care: An integrative literature review. *Women and Birth.* https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.003.

Heyer R. Learning through reflection: The critical role of reflection in work-based learning. *Journal of Work-Applied Management*. 2015; 7(1): 15-27. https://doi.org/10.1108/JWAM-10-2015-003

Hızlı Sayar, G., & Omay, O. (2019). Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Nedir. Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics, 12(1), 1-6.

Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, (7).

Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*. 2003;79:505–10.

Hoope-Bender, P., Lopes, S. T. C., Nove, A., Michel-Schuldt, M., Moyo, N. T., Bokosi, M. & Homer, C. (2016). Midwifery 2030: a woman's pathway to health. What does this mean? *Midwifery*, 32, 1-6.

Hunter, L. (2016). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 918-929.

Hwang, Jee-In. (2015). Development And Testing Of A Patient-Centred Care Competency Scale For Hospital Nurses. *International Journal of Nursing Practice*. *21(*1), 43-51.

Hwang, J. I., Kim, S. W., & Chin, H. J. (2019). Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, teamwork, and safety climate. *Asian Nursing Research, 13*(2), 130-136.

ICM (2017). Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf Erişim: 22.07.2019.

Jarosova, D., Gurkova, E., Palese, A., Godeas, G., Ziakova, K., Song, M. S., ... & Nedvedova, D. (2016). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management, 24*(1), 70-79.

Jasiński, A. M., Derbis, R., & Walczak, R. (2021). Workload, job satisfaction and occupational stress in Polish midwives before and during the COVID-19 pandemic. *Medycyna pracy*, 72(6), 623-632.

Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2014). BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.

Jenkinson, B., Kruske, S., Kildea, S. (2017) The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery* 52,1-10.

Johns, C. (2000). Model of structred reflection. In: Becoming a Reflective Practitioner (3rd edn). Chichester: WileyBlackwell; 2009

Kabat-Zinn, J. (2012). Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life. Sounds True.

Kashanian, M., Javadi, F., & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 198-200.

Kaya, H., Yalçın Atar, N., Eskimez, Z. (2012). Hemşirelik Model ve Kuramları. İçinde: T. Aştı Atabek, A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. Pasifik Ofset

Kaya, N. Hemşirelik Model ve Kuramları. Hemşirelik Felsefesi ve Temel Kavramlar http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/hemsirelik_ao/hftemelkavramlar.pdf Erişim: 30.11.2021

Kerlinger, F. N. (1972). The Study and Measurement of Values and Attitudes. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Chicago, April. ERIC ED 079-618.

Kim, B., & Kang, S. J. (2020). Comparison of professionalism and job satisfaction between Korean midwives in birthing centers and midwives in hospitals. *Korean Journal of Women Health Nursing, 26*(3), 222-230.

Kolb, D. 1984Experiential Learning. New York, NY: Prentice Hall.

Korkmaz S, Göksülük D, Zararsız G (2014). MVN: An R Package for Assessing Multivariate Normality. The R Journal. 6(2):151-162.

Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter?. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12-16.

Lee, S., Ayers, S., Holden, D. (2016) Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study. *Midwifery* 38,49-54.

Lindeman, E. (1945). "Adult Education", *The Journal of Educational Sociology*, C 19 S 1, ss.4-13.

Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228.

Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2020). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women and Birth*, 33(1), 60-69.

Mander, R. (2011). The partnership model. *Theory for Midwifery Practice*. Second Edition, New York: Palgrave Macmillan Publisher, 215-240.

Matthews, R., Hyde, R., Llewelyn, F., Shafiei, T., Newton, M., & Forster, D. A. (2021). Factors associated with midwives' job satisfaction and experience of work: a cross-sectional survey of midwives in a tertiary maternity hospital in Melbourne, Australia. *Women and Birth.* In Press, Corrected Proof.

Marriner A. (1986) *Nursing Theorists & Their Work*. The C.V. Mosby Company

McEwen, M., Wills, E.M. (2014). Theoretical basis for nursing, 4th ed. Philadeplhia: Lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer, p. 412-29.

McKenzie, S., Garivaldis, F., & Dyer, K. R. (2020). *Tertiary Online Teaching and Learning*. Sf 66. ISBN 978-981-15-8927-0 ISBN 978-981-15-8928-7 (eBook) Springer Nature Singapore Pte Ltd. https://doi.org/10.1007/978-981-15-8928-7

McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *123*(3), 465-474.

Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The meanings of salutogenesis. In *The handbook of salutogenesis* (pp. 7-13). Springer, Cham.

Morgan, L. (2015). Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, 14* (1).

Muluneh, M. D., Moges, G., Abebe, S., Hailu, Y., Makonnen, M., & Stulz, V. (2021). Midwives' job satisfaction and intention to leave their current position in developing regions of Ethiopia. *Women and Birth.*

Nedvědová, D., Dušová, B., & Jarošová, D. (2017). Job satisfaction of midwives: a literature review. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 8(2), 650-656.

Nilsson, C., Wijk, H., Höglund, L., Sjöblom, H., Hessman, E., & Berg, M. (2020). Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes: A Systematic Review. *Herd, 13*(3), 198.

OECD (2018). Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en Erişim tarihi: 20.06.2019.

OECD (2022), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en Erişim tarihi:31.01.2022.

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekstro¨mBergstro¨m A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. (2020) Birth as a neuropsycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE* 15(7): e0230992. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992

Önem, Ö. (2018). Hemşirelerin duygusal emek düzeylerinin iş doyumuna etkisinin incelenmesi. Danışman Özlem Avcı. (Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Özpehlivan, M. (2019). İş Tatmini: Kavramsal Gelişimi, Bireysel Ve Örgütsel Etkileri, Yararları ve Sonuçları. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2* (2), 43-70 .

Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(2), 59-62.

Quade, D. (1967). Rank analysis of covariance. Journal of the American Statistical Association, 62(320), 1187-1200

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

RStudio Team (2021). RStudio: Integrated Development Environment for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL http://www.rstudio.com/.

Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf Erişim: 5.02.2022

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 9.

Schulz, A. A., & Wirtz, M. A. (2021). Assessment of the quality of woman-centred midwifery care from the mothers' perspective: A structural analysis of cross-sectional survey data. *Quality And Safety In Health Care - Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 166, 8-17.

Schön, D. (1983). The Reflective Practitioner: How Professionals Thinkin Action. New York, NY: Basic Books.

Serhan, D. (2020). Transitioning from face-to-face to remote learning: Students' attitudes and perceptions of using Zoom during COVID-19 pandemic. *International Journal of Technology in Education and Science*, 4(4), 335-342.

Shaw, D., Guise, J. M., Shah, N., Gemzell-Danielsson, K., Joseph, K. S., Levy, B., & Main, E. K. (2016). Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care?. *The Lancet*, 388(10057), 2282-2295.

Sheehy, A., Smith, M. R., Gray, J., & Ao, C. H. (2021). Understanding workforce experiences in the early career period of Australian midwives: insights into factors which strengthen job satisfaction. *Midwifery*, *93*, 102880.

Stockdale, D. J., Sinclair, M., Kernohan, W. G., & Keller, J. (2011). In: Bryar, R., & Sinclair, M. (Eds.). *Theory for Midwifery Practice*. Second Edition, New York: Palgrave Macmillan Publisher, 115-136.

Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. S. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, 27(3), 331-335.

Staniszewska, S., Boardman, F., Gunn, L., Roberts, J., Clay, D., Seers, K., ... & O'Flynn, N. (2014). The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*(2), 151-157.

Toker, E., Turan, Z., & Seçkin, Z. (2020). Bir Hastanede Çalışan Ebelerin Mesleki Örgütlenme Durumu, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum, 20(*1): 88– 97.

Topcu, Z. G., & Demircioğlu, H. (2020). Ekolojik Sistemler Perspektifinden Psikolojik Sağlamlık. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, *1*(2), 125-147.

TNSA. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23345#:~:text=TNSA2018_ana_Rapor.pdf%20(13.19Mb) Erişim: 20.01.2022.

Vogels-Broeke, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2020). Dimensions in women's experience of the perinatal period. *Midwifery*, 83, 102602.

Vogels-Broeke, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2021). Validating a framework of women's experience of the perinatal period; a scoping review. *Midwifery*, *92*, 102866.

Vural, G., & Erenel, A.Ş. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 4(2).

Wain, A. (2017). Learning through reflection. *British Journal of Midwifery*, 25(10), 662-666.

Walker, S., Scamell, M., & Parker, P. (2018). Deliberate acquisition of competence in physiological breech birth: A grounded theory study. *Women and Birth*, 31(3), e170-e177.

World Health Organization (WHO), 2013. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Internet]. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. (Erişim: 30.10.2021. http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks)

World Health Organization (WHO), (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Erişim: 12.01.2022

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf?sfvrsn=3b364d8_2

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization WHO (2018). WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=383A4D6E29F72597516A3531274FEEED?sequence=1 Erişim tarihi: 20.06.2019.

Yanti, Y., Claramita, M., Emilia, O., & Hakimi, M. (2015). Students' understanding of "Women-Centred Care Philosophy" in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. *BMC Nursing, 14*(1), 1-7.

HAM VERİLER

FORMLAR

EK 1. UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

Sayın .....,

Prof. Dr. Gülümser Dolgun danışmanlığında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Doktora tez konum "Doğumda Kadin Merkezli Bakim Eğitiminin Ebelerin Hasta Merkezli Bakim Yetkinliği ve İş Doyumu Düzeyine Etkisi"dır. Tez kapsamında Doğumda Kadın Merkezli Bakım Modelinden yararlanılacaktır. Model Berg ve ark. tarafından 2012'de geliştirilmiştir (Şekil.1). Literatür taramasında model ile ilgili Türkçe araştırmaya rastlanmamıştır. İlk kez Türkçe çevirisi yapılacak olan modelin temel kavramları ve alt kavramlarının aynı sözcüklerle adlandırılması ve hep aynı şeyin anlaşılması için görüş birliğinin olmasını önemsiyoruz. Lütfen yapılan çevirilerin Türkçe karşılığı hakkındaki görüşlerinizi paylaşmanız bizim için çok kıymetli.

Katılım, katkı ve değerlendirmeniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacı:

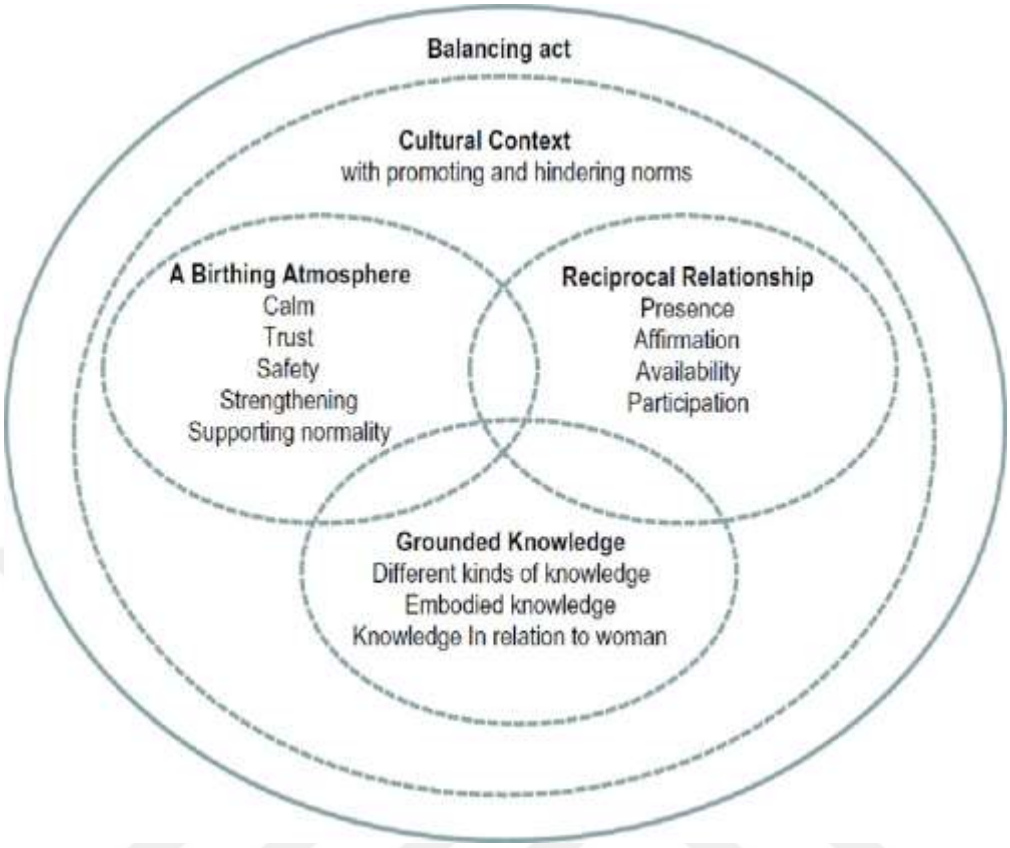
Uzm. Ebe Tuba KIZILKAYA
Telefon: …….

Görüşlerinizi;

1. Hiç uygun değil

2. Biraz uygun

3. Oldukça uygun şeklinde değerlendirerek varsa önerilerinizi yazabilirsiniz.



Şekil 1: A Midwifery Model of Woman-Centred Childbirth Care – Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli

	Hiç Uygun Değil	**Biraz uygun**	**Oldukça uygun**
1. Reciprocal Relationship **Çeviri:** Karşılıklı ilişki **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "The importance of establishing a reciprocal relationship between the midwife and the childbirthing woman and her partner is clarified in all studies… In a reciprocal relationship the midwife first needs to get to know and understand the woman: who she is and what her and her family's needs are."			
1.1. Presence **Çeviri: Bulunma (**Mevcudiyet) **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "Presence is the act of 'being with' the woman during childbirth. A physically and mentally present midwife has a trusting relationship with the woman and supports and guides her on the woman's own terms. The woman needs the midwife also when other specialised health care professionals are treating her, as when an emergency caesarean section is needed."			

1.2. Affirmation **Çeviri:** Onaylama **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "A reciprocal relationship includes affirmation. This means that the woman needs to be seen, i.e. recognized as a genuine subject. When this happens, the woman feels capable of giving birth. She participates, becomes responsible and takes command of herself"			
1.3. Availability **Çeviri: Erişilebilirlik (**Hazır bulunma) **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "The midwife's needs to be available and it is fundamental to the midwife´ s learning and skill development. This includes the act of being with the woman; and of being present, open and adaptable, supporting each woman according to her unique needs"			
1.4. Participation **Çeviri:** Katılım **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "Participation for the woman means to be involved in the labour process, to have a continuous dialogue with the midwife who listens to her, informs her about the labour progress and also supports her to be responsible and make her own choices in the maternity care. Joint decisions and shared responsibility between the midwife and the woman and her partner are also essential. Participation is important both in normal and in complicated childbirth. For the woman, a lack of participation can create a feeling of not being in contact with the birth and of not having given birth herself."			
2. A Birthing Atmosphere **Çeviri:** Doğum ortamı **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "A birthing atmosphere provides a place of birth that radiates feelings of calm, trust and safety. It is an atmosphere that is strengthening and that supports normality of birth according to the situation at hand. It gives a feeling of being at home in the sense that the mother and her partner in a mental sense 'own' the room, feel relaxed and 'fully there'. Essential for a birthing atmosphere is the establishment of a reciprocal relationship; thus, these two components of the model are overlapping."			
2.1. Calm **Çeviri:** Sakinlik (sükunet) **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "A calm atmosphere supports the woman in being present in the delivery room, in following the process of birth and 'going with the flow', and in being fully involved in the transition to motherhood. Being in a room without a calm atmosphere has been identified as central for women with fear of childbirth. Calm includes silence and is important also for the midwife as it supports her to use the grounded knowledge and to trust normality. It also supports the midwife to be present and attentive to the birthing process, which helps the woman to face the unknown without fear."			

2.2. Trust **Çeviri:** Güven **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "It is essential for the midwife to create an environment of trust so the woman can trust what the midwife offers her and they can work together. The work environment has an impact on the midwife's trust that the birth will be normal. In a hospital it is not always easy to create a trustful environment and, in this context, Icelandic midwives have highlighted the importance of having a separate, midwife-led unit. It makes a difference if there are two wards with different staff, you can get contaminated from being in the high risk one, the interventions and such."			
2.3. Safety **Çeviri:** Güvenlik **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "The term 'safety' here refers to medico-technical safety and the organization of care and professional competence. The challenge for the midwife is to create a feeling of a safe atmosphere. This also promotes the woman's feeling of safety in herself, and self-confidence in her body. Safety gives a feeling of control and central to this is being informed of what is going on."			
2.4. Strengthening **Çeviri:** Güçlendirme **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "In a strengthening atmosphere the midwife's role is to empower the woman. This includes radiating confidence in the woman's ability to give birth. For the midwife, this means supporting and guiding the woman on the woman's own terms while for the woman, it means daring to surrender herself and go with the flow of the birth contractions."			
2.5. Supporting Normality **Çeviri:** Normalliği destekleme **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "A birthing atmosphere supports normality and, avoids disturbing the normal process of birth requiring calm, trust, feelings of safety, and a reciprocal strengthening relationship. It requires the midwife to use intuitive skills, to stay with the woman, read the situation, keep a balance and take note of the flow of the birth process."			
3. Grounded Knowledge **Çeviri:** Temellendirilmiş bilgi **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "In woman-centred care it is essential that the midwife's knowledge is embodied, i.e. that it is grounded in herself; and having the resource and skill to use her knowledge differently in response to each woman's individual needs."			
3.1. Different Kinds Of Knowledge **Çeviri:** Farklı bilgi türleri (ebe) **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "A midwife's knowledge consists of different types of knowledge – theoretical, experience-based and sensitive knowledge. A sound theoretical knowledge about various complicated conditions and diseases that may interfere with childbearing is essential as it gives midwives a feeling of security in their professional role, a presupposition for trustful guidance through the natural course of childbirth. What is equally essential for knowledge development is reflection by the midwife, both on her own and together with midwifery colleagues."			

3.2. Embodied Knowledge **Çeviri:** Somut bilgi **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "The term 'embodied knowledge' focuses on the fact that the knowledge is integrated knowledge for the midwife. This means there is a basis for living out the knowledge, for it being part of daily work in a natural, genuine way and for knowing how to promote normality and how to use elements of medical technique. One learns new things all the time that sink in, leaving room for more learning. This is deep-rooted knowledge."			
3.3. Knowledge In Relation To The Woman **Çeviri:** Kadına özgü bilgi **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "In the reciprocal relationship, specific knowledge is obtained and developed by interacting with the woman herself. Consequently, it is crucial for the midwife to be sensitive to every woman's needs. It has something to do with experience and sensitivity, which I also think has something to do with intuition. . . midwife sense...I do not think we should be afraid of trusting these feelings. We often feel things long before anyone else notices anything. The relation to the woman is pivotal for development of the professional skills of the midwife, and her embodied knowledge. This is this feeling when you have become professionally skilled on some level."			
4. The Cultural Context With Promoting And Hindering Norms **Çeviri:** Kültürel bağlamda desteklenen ve engellenen normlar **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "All childbirth care is given in a cultural context which consists of norms that can be both hindering to and promotive of performing optimal care based on a midwifery philosophy of care. A promotive cultural norm is that the midwife should be at the side of the woman during labor and birth, continuously supporting her according to her needs. This is a continuous balancing act as everything can change very quickly, from being normal to being abnormal, where the midwife uses her grounded multidimensional midwifery knowledge."			
5. The Balancing Act **Çeviri:** Dengeleme eylemi **Öneriniz:**			
Kavramın model içinde kullanımı: "The term 'balancing act' describes the actions that the midwife needs to perform in order to create woman-centered care. This includes creating a reciprocal relationship and a birthing atmosphere, and using grounded knowledge to provide care based on a midwifery model of care while handling the hindering cultural norms. This balancing is like a 'line of dancing' in busy labor wards with simultaneous work tasks, many time pressures, and rules and regulations, where, furthermore, medico-technical philosophical values predominate. The continuous balancing actions include showing respect for the individual woman and her unique needs and limitations by being 'an anchored companion' throughout labor and birth. You get an immediate reaction to your way of doing things. Balancing includes having to struggle to let 'nature take its course, to see childbirth and maternity time from the point of view of the normal."			

EK 1 - devamı

UZMAN LİSTESİ (Akademik ve alfabetik sıraya göre yazılmıştır.)

Prof. Dr. Gülay RATHFISCH

Prof. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

Prof. Dr. Neslihan ÖZCAN

Prof. Dr. Nurten KAYA

Prof. Dr. Saadet YAZICI

Doç. Dr. Nazan KARAHAN

Doç. Dr. Tuba UÇAR

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AYDIN BEŞEN

Uzman Ebe Halime ÖNCÜ ÇELİK

Uzman Ebe Pelin COŞKUN ÇELİK

EK 2 EBE BİLGİ FORMU

Eğitim öncesi:

1. Yaşınız:
2. Mezuniyet yılınız:
3. Hangi ilde çalışıyorsunuz? ……..
4. Hangi hastanede çalışıyorsunuz?

   (1) Devlet hastanesi (2) Özel hastane (3) Üniversite hastanesi

   (4) Serbest ebelik yapıyorum
5. Doğumhanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz? ……. ay..... yıl
6. Bu hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz? ……. ay..... yıl
7. Bu eğitim programından beklentileriniz nelerdir?

   ……

Eğitim sonrası:

9. Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakımı sizce gerekli mi?

1- Evet 2-Hayır

10. Eğitimden memnun kalma düzeyiniz 1-10 arasında değerlendirecek olursanız kaç olarak ifade edersiniz?

    ……

11. Son 2 ay içerisinde herhangi bir eğitime katıldınız mı?

1-Evet (hangi eğitim: ……..) 2- Hayır

12. Son üç ayda toplam çalışma saatiniz ne kadar?.....
13. Eğitim programı ile ilgili olumlu yönleri yazınız.

    ……

……

14. Eğitim programında geliştirilmesi gereken yönler nelerdir? Yazınız.

EK 3 MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

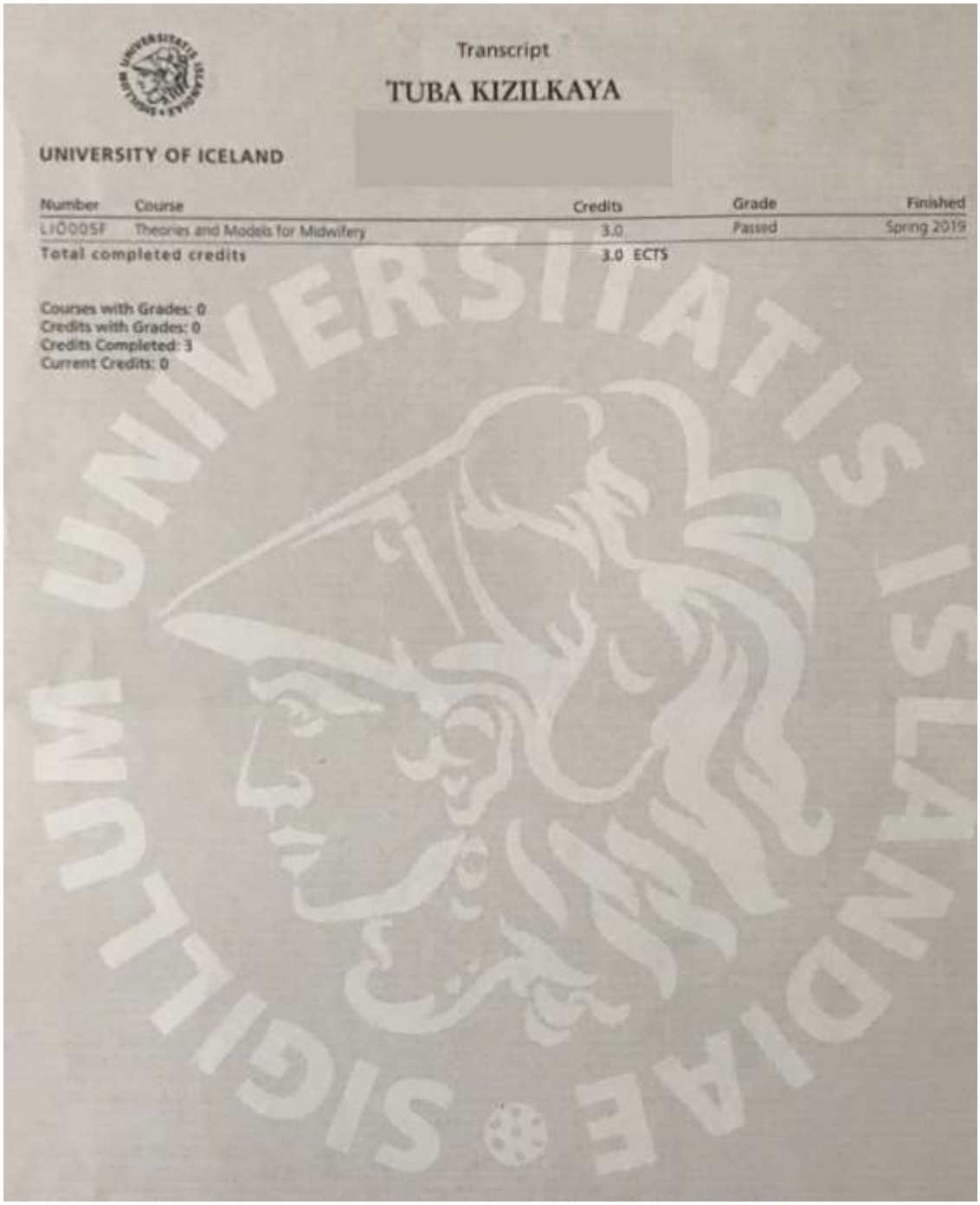
Açıklama: Aşağıdaki tabloda iş doyumu ölçeğine ait verilen ifadeleri dikkatlice okuyarak, kendinize en uygun şıkkı (X) bir çarpı işareti koyarak belirtiniz.

ŞİMDİKİ İŞİMDEN	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnun
1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2. Tek başıma çalışma olanağının olması bakımından					
3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından					
5. Yöneticimin ekibindeki kişileri yönetme tarzı bakımından					
6. Yöneticimin, karar vermedeki yeteneği bakımından					
7. Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansının olması açısından					
8. Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
9. Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olma açısından					
10. Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam açısından					
11. Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansının olması açısından					
12. İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından					
13. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
14. İş içinde terfi olanağının olması açısından					
15. Kendi karalarını uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16. İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17. Çalışma şartları bakımından					
18. Çalışma arkadaşlarının birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19. Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem açısından					
20. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

EK 4 HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ

HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ (HMBY) ÖLÇEĞİ									
Lütfen aşağıdaki ifadeleri çalıştığınız kurumda şahsınızı dikkate alarak ve hastane yaşantısı ve çalışanlarla olan yaşantılarınız temelinde inceleyerek cevaplandırınız. Size uygun olan seçeneği "X" şeklinde işaretleyiniz.									
1 Kesinlikle Katılmıyorum		2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum				
Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak									
1	Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.				1	2	3	4	5
2	Klinik görüşme, bakım planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.				1	2	3	4	5
3	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihleri, iletişim, aile ve arkadaşların duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.				1	2	3	4	5
4	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.				1	2	3	4	5
5	Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.				1	2	3	4	5
6	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.				1	2	3	4	5
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek									
7	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırırım.				1	2	3	4	5
8	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.				1	2	3	4	5
9	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.				1	2	3	4	5
10	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.				1	2	3	4	5
11	Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.				1	2	3	4	5
Hasta konforu sağlamak									
12	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.				1	2	3	4	5
13	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.				1	2	3	4	5
14	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.				1	2	3	4	5
Hastaları haklarını savunmak									
15	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.				1	2	3	4	5
16	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.				1	2	3	4	5
17	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlanmasına katılırım.				1	2	3	4	5

EK 5 EBELİK İÇİN MODELLER VE TEORİLER KURSU TAMAMLAMA BELGESİ



Transcript

TUBA KIZILKAYA

UNIVERSITY OF ICELAND

Number	Course	Credits	Grade	Finished
LÍÖ005F	Theories and Models for Midwifery	3.0	Passed	Spring 2019
Total completed credits		3.0 ECTS		

Courses with Grades: 0
Credits with Grades: 0
Credits Completed: 3
Current Credits: 0

To whom it may concern:

UNIVERSITY OF ICELAND
FACULTY OF NURSING

This is to certify that, Tuba KIZILKAYA, Research assistant, M.Sc.Midwife at Istanbul University, has attended the intensive 3-day part of the PhD course described below: https://ugla.hi.is/kennsluskra/index.php?tab=nam&chapter=namskeid&id=70972620200&namskra=0

Course Name:
Theories and Models for Midwifery

Course Description:
The focus is on theories and models in midwifery and maternity care. Central theories and models in relation to childbirth and reproductive health will be introduced e.g. linked to salutogenesis, pathogenesis, evidence-based practice, a midwifery model of woman-centred care, developed in a Nordic context (MiMo), the global Quality Maternal and New-born Care (QMNC).
Perspectives encompassing both quantitative and qualitative methodologies will be explored and implications of different theoretical approach, linked to students´ own research, will be discussed in the context of the Nordic region and internationally.
The course is developed by a Nordic network group of midwifery researchers from Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden.

The course takes place in a period of 90 hours:

- Week 17: Reading and preparation: 16 hours
- Week 18: Intensive 3-day course, M/T/W, lectures and seminars: 24 hours
- Week 19 - 35: Essay submitted: by August 31, 2019: 50 hours

Teachers/supervisors:

- Ólöf Ásta Ólafsdóttir, supervisor, University of Iceland
- Ellen Blix, professor, supervisor, OsloMet - Oslo Metropolitan University, Norway

Preceding Courses / Prerequisites:
The course is given as a freestanding module in third level circle towards a PhD degree in midwifery or related health care fields. General prerequisites: Registered PhD student in the Nordic countries, post. doc. researcher or a post master developing a PhD research project. Students from other universities than the University of Iceland must apply to their own university for approvements of the course for ECTS credits.

Programmes:

- Midwifery, Doctorate (180 ECTS) (Year of study unspecified, Spring)

UNIVERSITY OF ICELAND
FACULTY OF NURSING

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Professor of Midwifery, olofol@hi.is
Faculty of Nursing, School of Health Sciences, University of Iceland

EK 6 UZAKTAN EĞİTİM YETKİNLİKLERİ SERTİFİKASI



EK 7 EĞİTİCİ EĞİTİMİ SERTİFİKASI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

BAŞARI SERTİFİKASI

Sn. TUBA KIZILKAYA

İstanbul Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından 01/02/2020 – 29/02/2020 tarihlerinde arasında gerçekleştirilen 96 saatlik

" EĞİTİCİNİN EĞİTİMİ "

programını başarıyla tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

T.C Kimlik No
Belge No :20030048

Prof. Dr. Nilgün ÇİL
İstanbul - SEM MÜDÜRÜ

EK 8 KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ SERTİFİKASI



KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ

EĞİTİM SERTİFİKASI

Tuba Kızılkaya

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği tarafından
2019 yılı içerisinde düzenlenen ve 4 modülden oluşan 64 saatlik
KİPT MODÜLER EĞİTİMİ' ni
başarı ile tamamlamıştır.

Prof. Dr. Nazan AYDIN
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği Başkanı

EK 9 KİPT TEKNİKLERİNDEN ÖRNEKLER

Eğitimin Başlangıcı

- Sıcak bir karşılama. Verilen cevap doğrultusunda geribildirimde bulunma ve eğitime katılabildiği için teşekkür etme.
- Onların rahatlık durumunu gözden geçirme. Örneğin; Kolay bağlantı kurabildiniz mi? Her şey yolunda mı?
- Vakitlerine kıymet verildiğinin hissettirilmesi. Örneğin; Bugün için eğitimin yaklaşık üç saat sürmesini planlıyorum, sizin için uygun mu?

Eğitim süreci

- Katılımcıların dahil olduğu ve yorum yaptığı anlarda onları aktif bir şekilde dinleme.
- Ebelerin eğitim sürecinde paylaştığı deneyimleri ve duygularını geçerli kılma. Onların bu paylaşımlarını doğru veya yanlış şeklinde nitelendirmek ve adlandırmak yerine, bu paylaşımlarından dolayı onları cesaretlendirme ve paylaştıkları duyguların pozitif yönünü ortaya çıkarma, onların anlaşıldığını hissettirme.

Eğitim sonrası süreç

- İrtibat kurmaya devam etme, ilişkiyi sürdürme.
- İhtiyaç duydukları anlarda paylaşımda bulunabileceklerini onlara hissettirme

(Hızlı Sayar ve Omay, 2019)

EK 10 DOĞUMDA KADIN MERKEZLİ EBELİK EĞİTİM PROGRAMI İÇERİK PLANI

Hafta	Konu	Yöntem	İçerik
1	**Eğitime giriş Ebelik modelleri ve doğumda kadın merkezli bakım modeli**	Çevrim içi sunum Soru-cevap	• Tanışma • Isınma egzersizi • Doğum nedir? • Doğumda ebenin rolleri nelerdir? • Model nedir? • Modellerin ebelik uygulamalarına katkıları nelerdir? • Kadın merkezli bakım nedir? • Doğumda Kadın Merkezli Bakım Modelinin temel kavramları nelerdir?
2	**Temellendirilmiş bilgi**	Çevrim içi sunum Soru-cevap Deneyim paylaşımı Video gösterimi	• Isınma egzersizi • Bilginin farklı türleri nelerdir? • Sezgisel bilginin ebe için önemi nedir?
3	**Kadın merkezli doğum ortamı**	Soru cevap Video gösterimi	• Isınma egzersizi • Doğum ortamının özellikleri nasıl olmalıdır? • Kadın merkezli doğum ortamı nasıl olmalıdır? • Doğum ortamının kadın merkezli olabilmesi için hangi unsurlar gereklidir? • Doğum ortamı görseli inceleme
4	**Karşılıklı ilişki**	Çevrim içi sunum Soru-cevap Örnek vaka sunumu	• Isınma egzersizi • Doğumda kadın merkezli bakımın yararları • Doğumda kadın merkezli bakımı uygulamak için rehber niteliğinde olabilecek kavramlar • Ebe ile kadın arasındaki ilişkinin özellikleri nasıl olmalıdır? • Karşılıklı ilişkiyi geliştirmek için ipuçları • Vaka
5	**Kadın merkezli bakımın kültürel boyutu Dengeleme eylemi Doğumda Kadın Merkezli Bakım Uygulamaları için pratik öneriler Kapanış**	Çevrim içi sunum Soru-cevap Deneyim paylaşımı Video gösterimi	• Isınma egzersizi • Kadın merkezli bakımda dengeleyici eylemler ne demektir? • Klinikte dengeleyici eylem örnekleri nelerdir? • Kadın merkezli bakımın kültürel boyutunun ebeler için önemi nedir? • Kadının kültürel özelliklerine göre bakım nasıl sunulabilir? • Doğumda kadın merkezli bakım uygulamaları için pratik öneriler • Görüşlerin alınması, eğitimin değerlendirilmesi

EK 11 SORULAR

1. **Konu:** Doğum Metaforu

   Amaç: Doğumun bir yolculuk sürecine benzetilerek her yolculuğun da kişiye özgü olduğunu vurgulamak.

   Soru: Bu fotoğrafta ne görüyorsunuz? Size neler hissettiriyor?



2. **Konu:** Doğum Ortamı

   Amaç: Doğum ortamını kadın merkezli bir perspektiften değerlendirebilmek

   Sorular: Bu ortam sizce neler bulunsa daha iyi olurdu? Neler bulunmasa daha iyi olurdu? Neden?



3. **Konu:** Doğum Ortamı

   Amaç: Her kadının doğum ortamındaki gereksinimlerinin farklı olduğunu açıklamak.

   Soru: Bir arkadaşınızın size bu çiçeğini bir süreliğine emanet ettiğini hayal edin. Nasıl bakardınız? Ne yapardınız?



4. Konu: Doğum Ortamı

   Amaç: Kendi çalıştıkları doğum ortamına yeni bir perspektifle bakmalarını sağlamak

   Soru: Çalıştığınız doğumahenede neyi değiştirmek isterdiniz?

5. **Konu:** Karşılıklı ilişki

   Amaç: Kadının emosyonel ihtiyaçlarını fark edip uygun girişimleri açıklamak

   Soru: 23 yaşında vajinismus öyküsü olan primipar bir gebe ($G_1P_0A_0Y_0$) sancı şikayeti ile doğumhaneye başvuruyor. 39. gebelik haftasında olan gebenin yanında yakını olarak kayınvalidesi var. Ebe kadının yatışına karar vermek için vajinal tuşe yapması gerekli, nasıl yaklaşmalı?

6. **Konu:** Dengeleme eylemleri

   Amaç: Dengeleme eylemlerinin bir ebenin kadın merkezli ebelik bakımı uygulayabilmesindeki önemini vurgulamak için dengenin önemini hatırlatmak

   Soru: Videoyu izlerken size ne hissettirdi?



EK 12 VAKA ÖDEVİ

Yönerge: Bu vaka çal
ışması travay ve doğum sürecinde uyguladığınız ebelik bakımını mevcut deneyimleriniz doğrultusunda incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda kadına ait kişisel verilerin yer almamasına dikkat ediniz. Bu çalışmadaki soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Travay sürecini takip ettiğiniz bir gebeyi düşünerek kendi deneyiminizi, **Doğumda Kadın Merkezli Ebelik Bakım Modeli** doğrultusunda doldurmanız beklenmektedir.

1. **Vakanın tarihi (hatırladığınız kadarıyla):**

2. **Kadının herhangi bir kronik hastalığı var mıydı?**
   1- Evet 2-Hayır İlk gebeliğiydi **Gebelik haftası:** (…. + …..)
3. **Doğum şekli:** 1- Vajinal 2- Sezaryen (planlı değil)

4. **Doğum süreci ile ilgili olumlu giden durumlar nelerdi?**

5. **Doğum süreci ile ilgili olumsuz giden durumlar nelerdi?**

6. **Karşılıklı ilişkiniz ile ilgili görüşleriniz**

- Kadın ile ilk karşılaşmanız nasıl oldu?

- Kadının ailesiyle tanıştınız mı? Onlarla nasıl bir ilişkiniz oldu?

- Kadın ile kurduğunuz ilişkide olumlu olduğunu düşündüğünüz yönler sizce nelerdi?

- Kadınla ilişki kurmanızı engelleyen faktörler oldu mu, varsa nelerdi?

7. **Doğum ortamı ilgili görüşleriniz**

- Doğum ortamı nasıldı? Tarif edebilir misiniz?

- Sizce doğum ortamı ile ilgili olumlu özellikler nelerdi?

- Sizce doğum ortamı ile ilgili olumsuz özellikler nelerdir?

- Doğum ortamı ile ilgili sizce kadın neler hissetti?

- Doğum ortamı ile ilgili siz neler hissettiniz?

8. **Temellendirilmiş bilgi ile ilgili görüşleriniz**

- Doğum sürecinde bakım sunarken sizin bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşündüğünüz durumlar nelerdi?

- Doğum sürecinde bakım sunarken ekibinizin bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşündüğünüz durumlar nelerdi?

- Doğum sürecinde bakım sunarken sizin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu durumlar oldu mu? Bu durumlar nelerdi?

- Doğum sürecinde bakım sunarken ekibinizin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu durumlar oldu mu? Bu durumlar nelerdi?
- Doğum sürecinde kadının durumuyla ilgili bir şeylerin kötü gittiğini hissettiniz mi? Hissettiyseniz nelerdi?

9. Kültürel özellikler ile ilgili görüşleriniz

- Kadının memleketi neresiydi (hatırladığınız kadarıyla)?
- Kadın sizce memleketinin kültürel özelliklerini taşıyor mu, Nasıl? Örneklendiriniz
- Doğumda kadının talep ettiği kültürel uygulamaları oldu mu? Talep ettiyse siz nasıl karşıladınız?

10. Dengeleme eylemleri ile ilgili görüşleriniz

- Kadına yapılan girişimler nelerdi? (Kliniğe kabulden doğum sonrası sürece kadar)
- Bu yapılan müdahalelerin her birini düşündüğünüzde gerekli miydi?
- Bu süreci ekip olarak nasıl yürüttüğünüzü düşünüyorsunuz?

11. Sizce kadının doğum deneyimi nasıldı?

12. Doğum süreci sizi nasıl etkiledi?

EK 13. ÖN KAYIT FORMU



"Doğumda Kadın Merkezli Ebelik" Eğitim Programı- Kayıt Formu-

Merhaba,

Bu form iki gün sürecek "Doğumda Kadın Merkezli Ebelik" adlı çevrimiçi eğitime ön kayıt yapılması amacıyla geliştirilmiştir. Eğitim grupları ortalama 6-8 kişiden oluşacaktır. Kesin kayıt için iletişime geçilecektir. Eğitimin farklı saatlerde olmasını istiyorsanız aşağıda notlar bölümünden talep edebilirsiniz. Uygunluk durumuna göre farklı planlamalar yapılabilir.

Katılım koşulları:
- Ebe olmak
- Doğumhanede çalışıyor olmak

İletişim:

Uzm Ebe Tuba Kızılkaya

tuba.kizilkaya@iuc.edu.tr

Adınız Soyadınız? *

Screenshot

Doğumhanede ebe olarak çalışıyorum *

- Evet

Hangi tarihlerde modüllere katılmayı planlıyorsunuz? *

Farklı bir tarihte yapılmasını talep ediyorsanız lütfen aşağıdaki diğer seçeneğinde size uygun saatleri ile birlikte yazınız.

Kısa yanıt metni

İkamet ettiğiniz il? *

- İstanbul
- Diğer...

İletişim numaranız? *

Kısa yanıt metni

E-posta adresiniz? *

EK 14 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NÜN ARAŞTIRMA İZNİ İLE İLGİLİ YAZILARI

Tarih ve Sayı: 01/04/2020-50716

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı :97248701-300-
Konu :Tez Çalışma İzinleri/Yeni Koronavirüs (COVID-19) önlemleri

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :a) 12.12.2019 tarihli, 190047 sayılı yazınız.
b) 19.01.2020 tarihli, 10190 sayılı yazınız.
c) 01.03.2020 tarihli, 35193 sayılı yazınız.
ç) 02.03.2020 tarihli, 35224 sayılı yazınız.

İlgi yazılarınıza istinaden; İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan 30.03.2020 tarihli, E.3120 sayılı yazı ilişikte gönderilmiş olup, Lisansüstü öğrencilerinin çeşitli kurum ve kuruluşlarda tez çalışması yapma talepleriniz hakkındaki yazılara, yeni koronavirüs ve yol açtığı hastalık (COVID-19) salgını nedeniyle alınan önlemler kapsamında işlem yapılamamaktadır.

Söz konusu taleplerinizin ileri bir tarihte tekrar Rektörlüğümüze gönderilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı (1 sayfa)

01/04/2020 Teknr.	: N.ÖZYER
01/04/2020 Şb. Müd. V.	: S.AKSOY
01/04/2020 D.Bşk.	: Y.FİDAN
01/04/2020 Gen.Sek.Yrd.	: F.ATICI
01/04/2020 Gen.Sek. V.	: E.KÖSE

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6E72FB9

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nuray ÖZYER Dahili : 19051
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00
Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Tarih ve Sayı: 31/03/2020-13984

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Sevgi ACARAY,Tuba KIZILKAYA, Meryem BAŞIBÜYÜK, Duygu DEMİR'in Araştırma İzinleri Hk.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Cerrahpaşa Avcılar Kampüsü PK.34320 Avcılar/İSTANBUL)

İlgi : a) 16/12/2019 tarihli ve 71211201-94098 sayılı yazı.
b) 20/01/2020 tarihli ve 71211201-4482 sayılı yazı.
c) 22/01/2020 tarihli ve 71211201-5053 sayılı yazı.
d) 03/03/2020 tarihli ve 71211201-18601 sayılı yazı.
e) 03/03/2020 tarihli ve 71211201-97248701-300.08.01-E.18600 sayılı yazı.
f) 25/03/2020 tarihli ve 15916306-604.02.99-3033 sayılı yazı

İlgi (a), (b), (c), (d) ve (e) sayılı yazılarınız ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora / Yüksek Lisans öğrencileriniz Meryem BAŞIBÜYÜK,Duygu DEMİR,Merve YALÇINKAYA,Aysun AVCI, Tuba KIZILKAYA,Sevgi ACARAY 'ın ilgide yer almakta olan araştırma izinleri Müdürlüğümüze iletilmiş olup, ilgi (f) sayılı yazımız doğrultusunda işlemlerin yürütülmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Metin ÖZAYDIN
Müdür a.
Başkan V.

EK 15 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Doktora tezi kapsamında yapılan "Doğumda Kadın Merkezli Bakım Eğitiminin Ebelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve İş Doyumu Düzeyine Etkisi" adlı araştırmanın amacı doğumda kadın merkezli bakım modeline dayalı eğitimin ebelerin iş doyumuna ve hasta merkezli bakım yetkinlik düzeyine etkisinin belirlenmesidir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veriler gizli tutulacak ve isimlere yer verilmeyecektir. Veri toplama formundaki sorular doğru veya yanlış olarak değerlendirilmemektedir. Araştırma kapsamında toplam beş modülden oluşan bir eğitim verilecektir. Eğitim için herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğitimler çevrim içi platformda gerçekleştirilecek ve verilerin gizliliği Kişisel Verileri Koruma Kanunu gereğince araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular bilimsel bir dergide yayınlanacaktır. Katılımınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri anladım ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

…….....

İmzası:

Tarih:

Sorumlu Araştırmacılar

Tez danışmanı: Prof. Dr. Gülümser Dolgun

Araştırmacı: Arş. Gör. Tuba Kızılkaya

Araştırmacıların İletişim Bilgileri: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Büyükçekmece Yerleşkesi Alkent 2000 Mah. Yiğittürk Cad. No:5/9/1 Büyükçekmece/İstanbul

Telefon: ……..

EK 17 HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 22/05/2019-78004

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Araş.Gör.Tuba KIZILKAYA'nın
etik kurul kararı A-11

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.05.2019 tarihli,68762 sayılı yazınıza.

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Gülümser DOLGUN'un** danışmanlığında **Dokt.Öğr.Tuba KIZILKAYA'nın** yürüttücülüğünde **"Doğumda Kadın Merkezli Bakım Modelinin Kadınların Doğum Deneyimine ve Ebelerin İş Doyumuna Etkisi"** başlıklı Doktora Tez çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri **21 Mayıs 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Ayşim Büge ÖZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6EE6K40
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

İÜC Tarih ve Sayı: 19.01.2021-11144

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-13022260-300-11144
Konu : Etik Kurul İzni/Tuba KIZILKAYA

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Öğr. Üyesi Prof. Dr. Gülümser DOLGUN'un danışmanlığında Ebelik Doktora Programında eğitimine devam eden Tuba KIZILKAYA'nın "Doğumda Kadın Merkezli Bakım Eğitiminin Ebelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve İş Doyumu Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışması ile ilgili talebi hakkında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden alınan 11.01.2021 tarihli, 4935 sayılı yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cevza Melek KAZEZYILMAZ ALHAN
Enstitü Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEA5H304E Pin Kodu :68871
Belge Takip Adresi : http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA5H304E

Adres:İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Telefon:0212 404 03 00 Faks:0212 404 07 01
Web:www.istanbulc.edu.tr
Kep Adresi:istanbulc@hs01.kep.tr

Bilgi için: Bilge Nur GÜLEN
Ünvanı: Memur

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

DOĞUMDA KADIN MERKEZLİ BAKIM EĞİTİMİNİN EBELERİN HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ VE İŞ DOYUMU DÜZEYİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%11	%3	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
2	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
3	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
6	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<%1
8	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1