

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANNELERİN DOĞUM EYLEMİNDE DESTEKLEYİCİ
HEMŞİRELİK BAKIM ALGILARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

YEŞİM EVREN

ORCID ID: 0000-0003-3944-6299

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

HAZİRAN 2021

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2017970195

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANNELERİN DOĞUM EYLEMİNDE DESTEKLEYİCİ
HEMŞİRELİK BAKIM ALGILARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

YEŞİM EVREN

ORCID ID: 0000-0003-3944-6299

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
DOÇ. DR. MERLİNDA ALUŞ TOKAT

İZMİR

HAZİRAN 2021

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2017970195

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	5
ŞEKİLLER DİZİNİ	5
ETİK BEYAN.....	7
TEŞEKKÜR	8
KISALTMALAR	9
ÖZET	10
ABSTRACT.....	11
1. GİRİŞ	12
1.2. Araştırmanın Amacı	14
1.3. Araştırma Soruları.....	14
2. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1. Doğum Eyleminin Hormonal Fizyolojisi.....	15
2.2. Doğum Eyleminin Evreleri ve Hemşirelik Bakımı.....	17
2.2.1. Birinci Evre:	17
2.2.2. İkinci Evre	19
2.2.3. Üçüncü Evre.....	20
2.3. Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı	20
2.3. 1. Destekleyici Bakım Çeşitleri	22
2.4. Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Önemi	24
2.5. Destekleyici Hemşirelik Bakımının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtımı	29
3.6.2 Tanıtıcı Özellikler Formu (EK1)	29
3.6.3. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği (EK2) ...	29
3.7. Veri Toplama Yöntemi	30

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Araştırma Planı	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.11. Tezin Bütçesi.....	31
3.12. Araştırma Etiği.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	32
4.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Toplam Puanı ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	33
4.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Puan Ortalamaları	35
4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
5.TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
6.1. Sonuç	47
6.2. Öneriler	47
7. KAYNAKÇA.....	48
EK1 TANITICI ÖZELLİKLER FORMU	53
EK2 DOĞUMDA VERİLEN DESTEKLEYİCİ BAKIMA İLİŞKİN KADININ ALGISI ÖLÇEĞİ	55
ETİK KURUL VE KURUM İZİNLERİ.....	57

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1.....	32
Tablo 2.....	34
Tablo 3.....	38
Tablo 4.....	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1.....	21

ETİK BEYAN

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım ve sunduğum “Annelerin Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Algıları Ve Etkileyen Faktörler” başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurulla çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Yeşim EVREN

TEŞEKKÜR

Eğitimim ve tez dönemim boyunca her zaman gelişmemi sağlayan, tüm bilgi birikimini paylaşan ve motive eden sayın ve çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca teorik eğitim sürecim ve klinik eğitimde öğrendiğim tüm hemşirelik bakım davranışları için sayın ve çok değerli hocam Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ'a,

Her zaman yanımda olan, desteklerini hep hissettiğim, örnek aldığım sevgili biricik anne ve babam'a

Bu zorlu pandemi sürecinde beni motive eden ve zor şartlarda yanımda olan İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde beraber çalıştığımız tüm hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

ACTH.....Adrenokortikotropik Hormon

DHEA-S.....Dehidroepiandrosteron

IL.....Interlökin

PG.....Prostoglandin

TNF.....Tümör Nekroz Faktör

MMP.....Matriks metalloproteinaz

CRH.....Corticotropin-releasing Hormon

WHO.....World Health Organization

ANNELERİN DOĞUM EYLEMİNDE DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMI ALGILARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yeşim EVREN

T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

yesimevren@outlook.com

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, primipar ve multipar kadınların doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakım davranışlarına ilişkin algılarını belirlemek ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Klinikleri ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde, 70 primipar ve 123 multipar kadın ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği" ile toplanmıştır. Veriler; sayı, yüzde, ortalama, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve Ki Kare Testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Primipar kadınların destekleyici hemşirelik bakımı algısı toplam puan ortalaması $96,03 \pm 28,10$ olarak hesaplanmış, multipar kadınların ise puan ortalaması $106,25 \pm 3,62$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınların destekleyici bakım algısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin yaşı, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzeyi, doğumun süresi, doğumunun şekli, doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılma durumu tanııcı özellikleri ölçekten aldıkları puan ortalamasını etkilememiştir. Annelerin doğumunu nasıl değerlendirdiği ile ölçekten aldığı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmanın sonucuna göre primipar kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik bakım algısı multipar kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Hemşirelerin özellikle primipar kadınları daha fazla bilgilendirmesi, cesaretlendirmesi ve ağrısına yönelik daha fazla non-farmakolojik yöntemler öğretmesi primipar kadınların pozitif bir doğum deneyimi yaşaması için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: destekleyici bakım, primipar, multipar, kadın, algı.

Mother's Perceptions of Supportive Nursing Care in Labor and Affecting Factors

Yeşim EVREN

T.C. Dokuz Eylul University Institute of Medical Sciences

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the perceptions of primiparas and multiparas women supportive nursing care in labor and the affecting factors.

Method: : The study was conducted with 70 primiparas and 123 multiparas women who stayed to the obstetrics services of İzmir Tepecik Training and Research Hospital and Dokuz Eylul University Research and Application Hospital. The data of the study were collected by "Descriptive Features Form" and "Scale of Woman's Perception of Supportive Care Given to Woman in Labor". Data were analyzed number, percentage, mean, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Chi- Square analysis.

Findings: The total score average of primiparas women's perception of supportive nursing care was calculated as 96.03 ± 28.10 , while the mean score of multiparas women was calculated as 106.25 ± 3.62 . A significant difference was found between the perception of supportive care in primiparas and multiparas women. The age, educational status, socio-economic level of the mothers, the duration of the delivery, the type of delivery, the status of participation in the pregnant class did not affect the diagnostic characteristics of the mothers' average score on the scale. A significant difference was found between how mothers evaluated their birth and the average score they got from the scale.

Conclusion: According to the results of the study, the perception of supportive care in the labor of primiparas women was found to be lower than multiparas women. It is important for nurses to have a positive birth experience, especially for primiparas women, to inform and encourage primiparas women more, and to teach more non-pharmacological methods for their pain.

Keywords: supportive care, primiparas, multiparas, woman, perception.

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum, her kadın için benzersiz olan fizyolojik bir süreçtir (1). Günümüzde doğum eyleminde medikalizasyonun artması, kadında bilinmeyene yönelik korkuyu arttırarak ağrıya neden olmakta ve kadının kontrol duygusunu azaltarak doğum deneyimine olumsuz etki etmektedir (2). OECD 2020 verilerine göre ülkemizdeki sezaryen oranı %54,4 olarak hesaplanmıştır (3). Dünya Sağlık Örgütü sezaryen oranının %15'in üzerinde olmaması gerektiğini vurgulamaktadır (4). Kadınlar doğum ağrıları konusunda endişelenmekte ve rahatlamaya yönelik bilgiye ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (5). Bu süreçte verilen hemşirelik bakımı, kadının doğum deneyimini olumlu ya da olumsuz olarak algılamasını etkilemektedir (6).

Ülkemizde Zonguldak ilinde postpartum 72 kadın ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmanın sonucuna göre kadınların büyük çoğunluğunun sezaryen doğum yaptığı ve sezaryen doğumu tercih nedeni olarak doğum eyleminde yaşanan ağrıya karşı duydukları korkudan kaynaklandığı bulunmuştur (7). Sezaryen ile doğum yapan kadınların %47,4'ü vajinal doğumdan korktuğu için, sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir (7).

Primipar kadınlar, pozitif doğum deneyimini daha az yaşama eğilimindedir (8). 2015 yılında yapılan tanımlayıcı bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun doğuma yönelik beklentilerinin olumsuz olduğu, özellikle primipar kadınların multipar kadınlara göre doğumdan daha olumsuz beklentileri olduğu bulunmuştur (9). Primipar kadınların %98,5'i doğumu tehlikeli bulurken, multipar kadınların %7,7'si tehlikeli bulmaktadır. Bu durum primipar kadınların sezaryen doğumu tercih etmesine neden olmaktadır (9). Song ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları gözlemsel bir çalışma sonucunda, tekil gebeliği bulunan primipar kadınlarda sezaryen ile doğum oranı %41,9 olarak hesaplanmıştır (10).

Destekleyici hemşirelik bakımı, kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tüm gereksinimlerine odaklanmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün olumlu doğum deneyimi için önerileri olan maternal saygın bakım, etkin iletişim, doğum eyleminde ve doğumda destekçi eşliği ve bakımın sürekliliği destekleyici hemşirelik bakımının temelidir (2).

Doğum eylemi sürecince verilen sürekli destek; fiziksel rahatlığı sağlama, duygusal destek, bilgi verme ve maternal ve fetal sağlığın korunmasını içermektedir (11-12). Ulaşılabilir olma, rahatlama teknikleri; masaj ve gevşeme, mobilizasyonu ve yeterli sıvı alımını teşvik etmek gibi uygulamalar destekleyici bakımın kapsamındadır (13). Hemşirelerin doğum eyleminde sürekli desteği, doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (11). Bir Cochrane çalışmasında; doğum eyleminde sürekli destekleyici bakım alan kadınların vajinal doğum yapma oranlarının daha yüksek olduğu, doğum deneyimlerinin daha olumlu olduğu, intrapartum analjezi kullanımının daha az olduğu, doğum eyleminin daha kısa sürdüğü, sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum yapma olasılığının daha düşük olduğu ve yenidoğanın Apgar skorunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (13).

2017 yılında 376 postnatal kadınla yapılan tanımlayıcı bir araştırmada; hemşirelerin doğum eyleminde yaygın olarak fiziksel destek sağladıkları bulunmuştur (14). Kadınlar hemşirelerin her yönden yardımcı olduklarını belirtirmişlerdir (14). Araştırmanın sonucunda hemşirelerin doğum eyleminde yardımcı oldukları fakat kadınlarla vakit geçirme sürelerinin az olduğu bulunmuştur (14).

Kızılkaya'nın Bryanton adaptasyonu olan doğumda hemşirelik desteği ölçeği kullanılarak İstanbul ilinde 100 kadınla yaptığı tanımlayıcı araştırmada kadınların en faydalı buldukları davranışlar; hemşirenin sakin ve kendinden emin görünmesi, saygılı olması, kadına birey olarak bakıldığını hissettirmesi, güvenli hissettirmesi, gevşeme ve nefes egzersizlerini öğretmesidir (15). Araştırmanın sonucunda kadınlara doğumhane ortamının tanıtılmadığı, rutinlerin açıklanmadığı bulunmuştur (15).

Destekleyici hemşirelik bakımı anne ve bebek sağlığına birçok etkisi bulunan bir bakım davranışıdır (13). Destekleyici hemşirelik bakımının eksiksiz ve etkin bir şekilde verilmesi doğumun fizyolojik bir süreç içinde ilerlemesini, kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamasını, sezaryen oranlarının azalmasını ve emzirme oranlarının artmasını sağlayacaktır (13).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, primipar ve multipar kadınların doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakım davranışlarına ilişkin algılarını belirlemek ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Primipar ve multipar kadınların doğum eyleminde verilen destekleyici hemşirelik bakımına ilişkin algıları ne düzeydedir?
2. Primipar ve multipar kadınların doğum eyleminde verilen destekleyici hemşirelik bakımına ilişkin algıları arasında fark var mıdır?
3. Primipar ve multipar kadınların doğum eyleminde verilen destekleyici hemşirelik bakımına ilişkin algılarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eyleminin Hormonal Fizyolojisi

Gebelik ve doğum, her kadın için benzersiz olan fizyolojik bir süreçtir (1). Doğum yapmak bir kadının hayatındaki en özel ve unutulmaz andır. Kadınlar doğum deneyimlerini daima hatırlar ve genelde pozitif bir anı olduğunu düşünürler (16). Dünya Sağlık Örgütü vajinal doğumu; 37. ve 42. haftalar arasında düşük riskle ve spontan başlayan, doğum boyunca düşük riskle devam eden, fetüsün vertex pozisyonunda spontan doğduğu ve doğum sonrası anne ve bebeğin iyilik halini sürdürdüğü eylem olarak tanımlamaktadır (17).

Doğumun gerçekleşmesi için gebeliğin son haftalarında, olgunlaşan fetal adrenal bezleri kortikotropin releasing hormonu arttırarak, fetal akciğer ve diğer organları olgunlaştıran kortizol hormonunu ve uterin aktivasyonu sağlayan östrojen için kimyasal bir öncü üretir. Östrojen, prostoglandinler ve kortikotropin releasing hormonlarının tümü uterin aktivasyonuna katkıda bulunurlar (18).

Doğumun başlamasının kesin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber bazı teoriler ortaya atılmıştır. Fetüsün olgunlaşması, uterusun belirli bir büyüklüğe erişmesi ve fetoplasental membranlardaki progesteron salınımına bağlı amniyotik membranlardan sıvı gelimi ile başlayabilir. Fetal olgunlaşma ile beraber hipotalamustan kortikotropin releasing hormon (CRH) salgınır. Hipotalamus hipofiz ön lobunu uyarır. Hipofiz ön lobunda bulunan adrenal bezlerden ACTH salgınır. Adrenal bezden doğum için salınan önemli hormonlardan biri DHEA-S'tir. DHEA-S karaciğerde metabolize olarak 16-OH-DHEA-S' a dönüşür ve plasental membranlara geçer. Böylece kolesterolden estriol yapılır ve kortizol salınımı artar. Prostoglandinler, oksitosin reseptörleri ve gap junctionlar artar. Kortizolün artması PGE2 ve PGF2'yi artırır. PGE2'nin uterus düz kaslarını gevşetici özelliği bulunmaktadır. PGF2 uterus kas kontraksiyonlarını uyarır. Prostoglandinler oksitosin hormonunu arttırarak, miyometrial aktiviteyi hızlandırırlar (18).

Uterin miyositlerde iki tür aksiyon potansiyeli gözlenmiştir;

1. Depolarizasyon ve ardından hızlı repolarizasyon

2. Sürekli bir plato ile ilk depolarizasyon

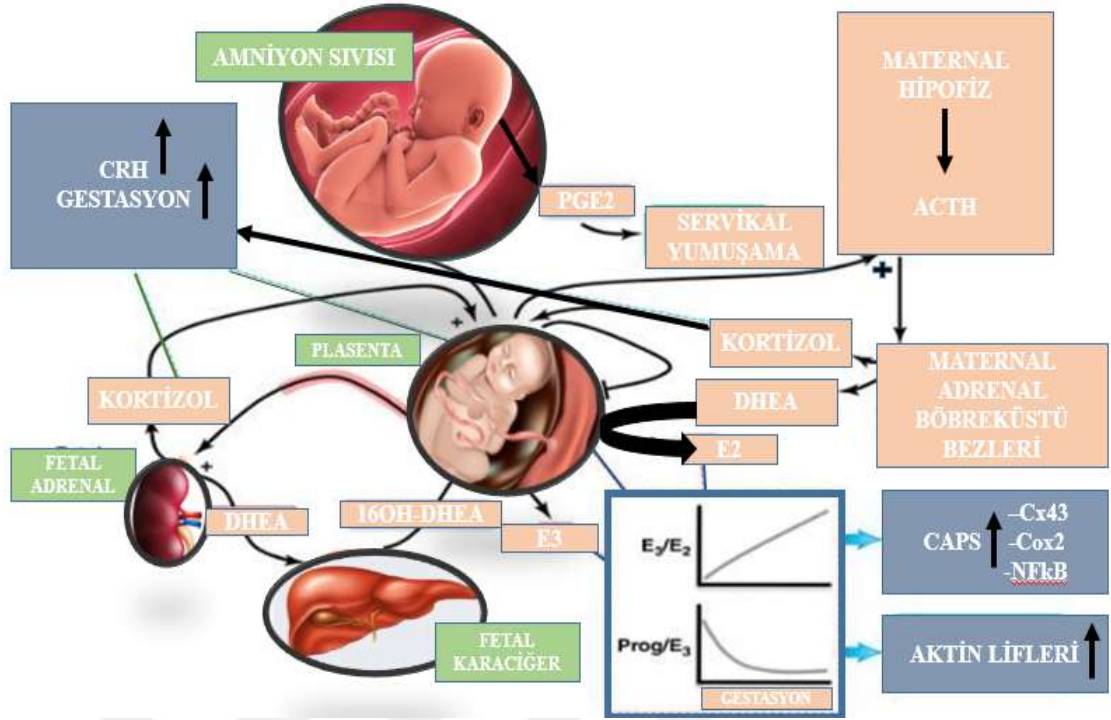
Hücre içinden kalsiyum iyonlarının salınması ve hücre dışı boşluklardan kalsiyum iyonlarının akışı aksiyon potansiyellerini başlatır. Membran potansiyeli yaklaşık -40 mv'ye kadar depolarize olduğunda L tipi voltajla çalışan kalsiyum kanalları açılır ve kalsiyum iyonları içeri girer. Uterus miyositlerinde bulunan T tipi kalsiyum kanalları da aksiyon potansiyellerinin yayılmasında görevlidir. Uterus kontraksiyonlarına yol açan mekanizmanın sırası tam olarak bilinmemektedir (19).

- **Mekanik Gerilme**

Kontraksiyonları başlatmak için mekanik gerilme ve hormonların bir arada çalıştığı ileri sürülmüştür (20). Mekanik gerilme; uterus genişledikçe miyometrial hücreler üzerindeki gerilimi ifade eder. Uterus fiziksel olarak gerilmesi miyometrial hücrelerde aksiyon potansiyelini değiştiren bir iyon akışı ile sonuçlanır. Bu değişiklik uterusun kasılmasını kolaylaştırır (21-22).

- **İnflamatuvar Mediatörler**

Prostaglandiler progesteron çekilmesi nedeniyle doğumdan önce artar ve östrojen progesteron oranını arttırmaları. Artan prostoglandinler servikal değişikliklere neden olmaktadır. Prostaglandin F2 ve E2 servikal hücrelerde elastini arttırıp, kollajeni azaltarak serviksin esnekliğinin artmasına ve yumuşamasına neden olur. Amniyon ve koryon PGE2 üretir ve desidua PGE2 ve PGF2 üretir. PGE1 ve PGE2 kalsiyum iyonları gibi davranarak hücre içi kalsiyumu arttırarak miyometrial kasılmayı uyarırlar. PGE2 miyometrial hücreler üzerindeki EP1 ve EP3 reseptörlerini aktive ederek uterus kasılmalarında rol oynar. PGE2 ayrıca kollajenezları ve mmp'leri aktive ederek serviksin olgunlaşmasını sağlayan IL-8 ve TNF-alfa mediyatörlerini aktive eder. Uterus kaslarının etkili kontraksiyonu sonucu servikal dilatasyon gerçekleşmektedir (23-24).



Şekil 1: Doğumda Rol Oynayan Hormonlar ve Vajinal Doğum Fizyolojisi (18-23-24)

2.2. Doğum Eyleminin Evreleri ve Hemşirelik Bakımı

Servikal efasman, dilatasyon, fetüsün doğumu ve ardından plasantanın doğumu ile sonlanan sürecin evreleridir. 3 evreden oluşmaktadır (25).

2.2.1. Birinci Evre:

Doğumun birinci evresi, doğumun en uzun evresidir. Gerçek doğum kontraksiyonları ile başlar. Orta şiddette düzenli kontraksiyonlar sonucu servikal dilatasyon gerçekleşir. Servikal dilatasyon 10 cm'e ulaştığında sona erer. Birinci evrenin iki alt fazı bulunmaktadır. Bunlar latent ve aktif fazlardır (25).

- Latent Faz: Düzenli olarak gelen orta şiddetli uterus kontraksiyonları ile başlar. Servikal dilatasyon 6 cm'e ulaştıktan sonra sonlanır (25).

Latent fazın süresi kadından kadına değişebilmektedir. Nullipar kadınlarda 20 saatten fazla süren ve multipar kadınlarda 14 saatten fazla süren latent faz sezaryen doğum için endikasyon olmamalıdır (26).

- Aktif Faz: Daha güçlü ve sık uterus kontraksiyonları ile başlar. Seviksin 6 cm'den 10 cm'e kadar dilatasyonu ile sona erer (26). Aktif faz nullipar kadınlarda 12 saati, multipar kadınlarda 10 saati geçmemelidir (2).

2.2.1.1. Birinci Evrede Hemşirelik Bakımı:

Hemşire bu evrede anneye sürekli destekleyici bakım vererek annenin psikolojik, fiziksel ve emosyonel yönden doğuma hazır olmasını sağlamalıdır.

- Verilen bakım ile annenin güveni kazanılmalı, hemşire ihtiyacı olduğu zaman gebenin yanında olacağı hissini vermelidir.
- Kadının ortama alışması sağlanmalıdır.
- Saygı ile davranılmalı, kadının kontrol duygusu elinde olmalıdır. Hemşire, yapılan girişimlere anneyi de katarak kadının yapılan uygulamalarla ilişkisini sürdürmelidir. Girişimlerden önce izin istenmelidir.
- Anne ile iyi bir iletişim kurmak için etkili iletişim teknikleri kullanılmalıdır. Gebeye hasta olarak bakılmamalı ve kadına ismi ile hitap edilmelidir. Ses tonu ve anlaşılır konuşmak önemlidir.
- Hemşire sakinliğini ve kendine olan güvenini sürdürmelidir.
- Kadına istek ve beklentileri sorulmalıdır. Hemşire kadının gereksinimleri, tercihleri ve sorularını pozitif bir tutum ile karşılamalıdır.
- Gerekirse anneye bir doğum planı oluşturulmalı ve tartışılmalıdır.
- Kadın ve ailesine gerek duydukları bilgiyi tıbbi terimler kullanmadan ve görsel materyallerden faydalanarak açık ve net bir şekilde ifade etmelidir.
- Yapılan her işlem kadına açıklanmalıdır.
- Bu aşamada anneye hareket özgürlüğü sağlanmalıdır. Gebe sevdiği müzikleri dinleyebilir, yürüyüş yapabilir veya dans edebilir. Hareket özgürlüğü servikal dilatasyonun daha çabuk olmasını sağlayarak doğumu kolaylaştıracaktır.
- Annenin oral alımı kısıtlanmamalıdır. Annenin saatlerce aç olması, kadının hem gergin hem de güçsüz hissetmesine neden olabilir. Mutluluk yeterli oksitosin ve endorfin salınımı için çok önemlidir.

Ağrının az hissedilmesi bu hormonların salgılanması ile gerçekleştirilebilir. Kadının kendini güçsüz hissetmesi aktif bir ıkınma için olumsuz etki gösterebilir.

- Gebe yalnız bırakılmamalıdır. Seçtiği bir kişinin gebeye doğumhanede eşlik etmesi önerilmektedir. Sevdiği insanların desteği gebeyi psikoloji açısından güçlendirecektir.
- Doğumda etkin ıkınma, nefes egzersizleri, ağrı ile baş etme yöntemleri, emzirme ve yeni doğan bakımı gibi bilgiler latent fazda kadına öğretilmelidir çünkü bu dönemde kadının anksiyetesi daha düşüktür ve eğitime daha kolay odaklanabilmektedir.
- Kadının ağrı ile baş etme yöntemleri sorulmalı ve uygun olan baş etme yöntemi gebe ile beraber seçilerek kadının uygulaması için olanak tanınmalıdır.
- Kadına farklı relaksasyon teknikleri öğretilmelidir. Gebenin olumlu duygulara odaklanması öğretilmeli, pozitif düşünmesi sağlanmalıdır. Böylelikle gebenin oksitosin seviyesi artar ve pozitif doğum deneyimi sağlanır.
- Kadının odasına girmeden önce kapı çalınıp beklenmeli, kişisel alana saygı gösterilmelidir. Annenin gizlilik ve mahremiyeti korunmalıdır. Hemşire odadan ayrılırken, gebe hemşirenin geri döneceğini bilmelidir (2-27).

2.2.2. İkinci Evre

Servikal dilatasyon 10 cm'e ulaştığında başlar ve fetüsün doğumuyla sonlanır. 2. evrenin süresi değişebilir. Bu konu hakkında kadın bilgilendirilmelidir. 2. Evrenin süresi kadının parite sayısına ve epidural katater varlığına bağlıdır (28).

2.2.2.1. İkinci Evrede Hemşirelik Bakımı:

- Hemşire, kadını sürekli süreç ile ilgili bilgilendirmeli, desteklemeli ve doğum için cesaretlendirmelidir. Böylelikle kadının anksiyetesi azalacak, rahatlayacaktır. Doğumun her evresinde etkin iletişim teknikleri kullanılarak maternal saygın bakım sürdürülmedilir (2-28).

- Kadının istediği pozisyonda ıkınması için teşvik ederek, etkin ıkınma sağlanmalıdır. Sırt üstü pozisyonlar uteroplasental perfüzyonu bozacağından tercih edilmemelidir (2).
- Sağlık profesyoneli gebenin tercih ettiği pozisyonda bebeğin durumunu monitörize edemiyorsa monitörizasyon için uygun bir ıkınma pozisyonuna geçilmedir (2).
- Rutin epizyotomi ve manuel fundal basınç uygulaması önerilmemektedir (2).

2.2.3. Üçüncü Evre

Fetüsün doğumu ile başlayıp plasentanın doğumu ile sona erer. Bu evrede uterus kontraksiyonları ile plasenta desiduadan ayrılır. Nullipar ve multipar kadınlarda yaklaşık 30 dakika sürer (29).

2.2.3.1. Üçüncü Evrede Hemşirelik Bakımı:

- Sürekli olarak bilgilendirme, cesaretlendirme ve destek devam etmelidir.
- Etkin iletişim, maternal saygın bakım sürdürülmelidir.
- Doğumdan hemen sonra anne ve bebek buluşması gerçekleşmeli, ten tene temas sağlanmalıdır.
- Kadın emzirme için desteklenmeli ve yardımcı olunmalıdır.
- Kadının soruları açık ve anlaşılır bir biçimde yanıtlanmalı ve soru sorması için anne cesaretlendirilmelidir (2-28).

2.3. Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı

Doğum deneyimi, yaşam boyu etkileri görülen oldukça dinamik, fiziksel ve duygusal bir deneyimdir. Bu deneyimin pozitif yaşanması anne ve bebek sağlığının sürdürülebilmesi için çok önemlidir. Pozitif bir doğum deneyimi yaşamak her kadının hakkıdır (12).

Kadının doğum deneyimini negatif veya pozitif olarak algılanmasına birçok faktör etki etmektedir. Psikolojik ve sosyal durum, kültürel şartlar doğum deneyimine etki eden faktörlerdir (29). Doğum deneyiminde hemşirelerin bakım verici rolü büyük bir önem taşımaktadır. Kadınların pozitif doğum deneyimini yaşamaları için doğum eyleminin her anında kaliteli ve sürekli hemşirelik bakımı almaları gerekmektedir. Doğumda hemşirelik bakımı hem klinik bakım (damar yolu açma, sıvı izlemi vb.) hem de destekleyici bakım uygulamalarını kapsayan çok yönlü aynı zamanda bütüncül bir bakım sanatıdır (12).

Doğum eylemi süresince kadınların fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan tüm gereksinimlerine yönelik olarak hemşireler tarafından verilen sürekli bakım destekleyici hemşirelik bakımı olarak adlandırılmaktadır. Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireler Birliği, destekleyici hemşirelik bakımını, sağlık profesyonellerince verilen ve doğuma yönelik pozitif sonuçları arttıran bakım olarak tanımlamaktadır (12). Barret ve Stark'a göre destekleyici bakım; fizyolojik doğum eyleminin ilerlemesini destekleyen bakım çeşididir (30). Destekleyici bakım, doğumda hemşirelik bakımının büyük bir bölümünü oluşturur ve hemşirelerin önemli bir vazifesidir.³¹ Destekleyici davranışların amaçları; kadının fiziksel ve emosyonel ihtiyaçlarını karşılamak, doğum eyleminde kadına yardım etmek, doğum sonuçlarını iyileştirmek, anneliğe geçişi kolaylaştırmak ve kadının benlik saygısını arttırmaktır. Böylelikle kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlamak amaçlanır (32-33).

Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre doğum eyleminde kadınlarla daha fazla vakit geçirirler. Hemşirelerin kadınların doğum deneyimlerinin fizyolojik ve psikososyal sonuçları üzerinde güçlü bir etkiye sahiptirler (34). Hemşireler ve gebeler arasında pozitif ve etkin bir iletişiminin olması başarılı ve her gebe için bireysel bir destekleyici hemşirelik bakımı verilebilmesi için esastır. Etkili destekleyici bakımı sağlayabilmek için hemşireler her gebeye samimiyetini belli ederek onları anlamalı, nezaket göstererek yardımcı olmalı ve kültürel olarak kabul edilebilir, kadının anlayabileceği tıbbi terimlerden uzak basit sade bir dil kullanarak iletişime geçmelidir. Dünya Sağlık Örgütü 2018 pozitif doğum deneyimi önerilerinde maternal saygın bakımın sürdürülebilmesi için iletişim bir bileşen olduğu ve doğru bir şekilde kullanılması gerektiği vurgulanmıştır (2).

Destekleyici bakım çeşitleri farklı kategoriler ile gruplandırılmıştır. Bunlar; fiziksel yönden rahatlık, emosyonel destek, savunuculuk, bilgilendirme / eğitim verme ve partner desteğidir (31-35-36-37).

2.3. 1. Destekleyici Bakım Çeşitleri

2.3.1.1. Fiziksel Destek

Kadını doğum eyleminde rahat ettirmeye yönelik verilen destek biçimleridir. Adams ve Biachi'ye göre fiziksel destek hemşirelerin; çevresel kontrol sağlaması, kadına uygun bir doğum pozisyonu belirlenmesi, dokunarak rahatlatma, sıcak ve soğuk uygulama yapma ve kadının partner desteği almasını sağlamaktır (37). Fiziksel yönden rahatlığı sağlamak için kadına hareket özgürlüğü sağlanmalıdır. Kadın isteği pozisyonda durabilir, yürüyüş yapabilir veya dans edebilir. Hareket özgürlüğü sayesinde uterusu daha fazla kan gider ve annenin ağrısı azalır. 'Peanut ball' olarak isimlendirilen fıstık şeklindeki yastıkların kullanımı doğumhanelerde arttırabilir. Peanut ball, pelvik çapın genişliğini arttırmaya yardımcıdır. Bu sayede fetüsün inişi için pelvik çapın en geniş halini almasını sağlar (38).

Fiziksel konforu arttırmak için kadına non-farmakolojik yöntemler ve gevşeme teknikleri öğretilmelidir. Masaj ve terapötik dokunma uygulanabilir (34). Suda doğum, kadının ılık bir duş alması, relaksasyon teknikleri, akupunktur ve masaj doğum ağrısını azaltır ve doğumdan memnuniyeti artırır (39). Oral alım sürdürülmelidir. Kadına nefes egzersizleri ve nasıl ıkınacağı doğum eyleminin birinci evresinde anlatılmalı ve doğum sırasında yapması gerekenlere yardımcı olunmalıdır. Doğumhanenin temiz ve iyi havalandırılmış olmasına dikkat edilmeli ve doğum dikey pozisyonlarda gerçekleştirilmelidir (2-36). Fiziksel destek ve rahatlık doğumun ilerlemesini artırır (37).

2.3.1.2. Emosyonel Destek

Emosyonel destek, anneleri güvende olduklarını hissettirmek, kadınları duygusal yönden güçlendirmek, yapabileceğine inandırmak, yalnızlık duygusunu hissettirmemek ve kadına bireysel bakım vermektir (2).

Kadınlar doğum eylemi süresince onları anlayan, ulaşılabilir, her aşamada bilgilendiren, güvenilir, güler yüzlü bir hemşirenin varlığına gereksinim duymaktadırlar (2). Adams ve Bianchi'ye göre emosyonel destek; hemşirenin varlığı, etkili bakım davranışı, dikkati başka yöne çekme, maneviyat ve partner bakımı gibi davranışları kapsamaktadır (37). Hemşireler her zaman kadını güler yüzle karşılamalıdır. Gebeye sözlü ve sözsüz doğru iletişim kurmak çok önemlidir. Gebeye, saygın bakım temelli bir iletişim kurulmalıdır (2). Hemşire, gebeye ilk kez karşılaştıklarında kendini tanıtmalı ve destekleyici bakımdaki rolünü kadına aktarmalıdır. Hemşire, kendine güvenmeli ve sakinliğini korumalıdır. Bu davranış kadına her şeyin yolunda olduğunu gösterir. Hemşire, kadına hislerini sormalıdır. Kadının herhangi bir konuda endişesi olup olmadığını öğrenmelidir. Bu sayede kadının hislerini anlayarak, bu duygulara yönelik bir bakım sağlamalıdır (27). Hemşireler anneyi, bebeğini ve kadının doğum deneyimini önemsediklerini kadınlara hissettirmeleri güven ortamı oluşması için önemlidir (36).

2.3.1.3 Bilgilendirme / Eğitim Verme

Kadının öncelikle ortama uyum sağlayabilmesi, alışabilmesi için doğumhane koşulları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Kadına uygulanan tüm girişimler sade bir dil ile açıklanmalıdır. Süreç ile ilgili iyi bir bilgilendirme kadının korkularını azaltır. Her aşamada kadına verilen bilgi, kadının bilinmeyene yönelik korkusunu azaltarak oksitosin ve endorfin salınımını artırır. Böylelikle annenin ağrı hissinin azalmasını sağlar. Ağrı ile baş etme yöntemleri, gevşeme metodları, rahat edeceği bir pozisyon bulması konusunda bilgilendirme, nefes egzersizlerini ve etkin ıkmayı öğretme, emzirme ve yenidoğan bakımı gibi konuları latent fazla öğretmek önemlidir (27-37).

2.3.1.4. Savunuculuk

Hemşirelerin doğum eylemi süresince kadınlara fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan mentörlük yapmasıdır. Kadının isteklerini önemseme ve isteklerini karşılama, soru sorması için kadını cesaretlendirme, kadının yanında durup haklarını gözetme ve haklarını savunma rollerini kapsamaktadır (27).

Hemşire kadını savunurken kadının beklentilerine saygı göstermeli, kabul etmelidir. Hemşire saygıyı sürdürmek için gebenin mahremiyetini korumalıdır. Bakım verirken yargılayıcı ve suçlayıcı bir davranışta bulunmamalıdır. Hemşire kadın ile ilgili bilgileri saklamalıdır. Kadınlar, isteklerini kendileri dile getiremediklerinde, savunmasız olduklarında hemşire onları savunmalı ve kadının isteklerini onlar adına ifade etmelidir (37).

2.4. Destekleyici Bakım Süresi

2.4.1. Sürekli ve Aralıklı Bakım

Doğumun toplam süresinin %80'inde bakım verilmesi sürekli bakım olarak adlandırılmıştır (40). Lamaze kuruluştur, doğumda sürekli destekleyici bakım verilmesinin çok önemli olduğunu belirtmiştir (41). Gebenin kendi isteğiyle yalnız kalmayı istediği durumlar veya tuvalet gereksinimi gibi konular haricinde de bakımın sürdürülmediği, gebenin yalnız bırakıldığı sürekli bakıma göre daha az bakım verilmesi ise aralıklı bakım olarak adlandırılmıştır (42). Doğum eyleminde önerilen bakım süresi sürekli bakımdır ve kanıt çalışmalarında kanıt düzeyi A olarak belirtilmiştir (43).

2.4. Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Önemi

Doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımı anne ve bebek sağlığını sürdürmenin temelini oluşturmaktadır. Doğum desteği, doğum eylemi boyunca sürekli olarak uygulandığında doğum deneyimine pozitif bir etkisi bulunmaktadır (37). Kadının doğum öncesi aşırı stresli ve anksiyeteli olması doğum ağrısına neden olacak bir faktördür. Postpartum 72 kadın ile Zonguldak ilinde yapılan tanımlayıcı bir araştırmanın bulgularına göre kadınların çoğunluğunun sezaryen doğum yaptığı ve sezaryen doğumu tercih sebebi olarak vajinal doğum ağrısına yönelik duydukları korkudan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların %47,4'ü vajinal doğumdan korktuğu için, sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir (7).

Günümüzde doğum eyleminde medikalizasyonun artması, kadında bilinmeyene yönelik korkuyu artırarak ağrıya neden olmakta ve kadının kontrol duygusunu azaltarak doğum deneyimine olumsuz etki etmektedir (2).

Olumsuz doğum deneyimleri sonucu kadınlar isteğe bağlı sezaryenlere yönelmektedir. Bu nedenle sezaryen oranları ülkemizde oldukça yükselmiştir. Sezaryen oranlarındaki bu artış anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu artışın en büyük sebeplerinden biri destekleyici bakım davranışının karşılanmaması ve negatif doğum deneyimlerinin artmasıdır (2).

Yaşanan olumsuz doğum deneyimleri kadının ileriki doğumu için planlı sezaryeni tercih etme nedeni olabilmektedir (29). Ayrıca diğer kadınlar arasında bu deneyimlerin paylaşılması doğumun kanlı, ağrılı ve riskli olarak aktarılması primipar kadınlardaki stres ve anksiyeteyi de artırıp isteğe bağlı sezaryenlerin artmasına yol açabilir. Görsel medyada yayınlanan sancılı doğum sahneleri, internet görsellerinde karmaşık, korkutucu gözükten doğumhaneler kadınlarda doğuma yönelik olumsuz bir imaj oluşmasına neden olabilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü doğumda gereksiz müdahalelerden kaçınılmasının gerektiğini ebe destekli, ev ortamı gibi görünen doğumhanelerde doğumun gerçekleştirilmesi gerektiğini belirtmektedir (2). Doğumhane koşulları sürekli destekleyici hemşirelik bakımının etkin verilebilmesi için oldukça önemlidir. Destekleyici olmayan bir ortam doğumu olumsuz etkiler. Doğumhanenin soğuk olması, ışıklarının çok parlak ve rahatsız edici olması, mahremiyetin göz ardı edildiği bir ortam olması, aşırı sayıda kişinin bakım vermesi, gebenin yanında kendi seçtiği bir kişinin olmayışı, gebenin yalnız bırakılması, kurumsal veya sağlık profesyonelleri tarafından doğum için yeterli zaman ayırılmaması, gebeyi acele ettirmek (amniyotomi, erken ıkındırma vb.) gibi durumlar olumsuz bir doğum deneyimine yol açmaktadır. Doğumda indüksiyon ve augmentasyon, lokal ve genel anestezi epizyotomi açılması, rutin lavman uygulaması, perineal tıraş, oral alımın engellenmesi, litotomi pozisyonu ve hareket kısıtlaması gibi rutinde önerilmeyen uygulamalar doğum deneyimine negatif etkide bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu tür uygulamalarda kaçılması gerektiğini önermektedir (2). Ülkemizde İç Anadolu Bölgesi'nde bir hastanede 2017 yılında 72 örneklem ile yapılan randomize tek kör bir deneysel araştırmada destekleyici bakım verilen grubun, kontrol grubuna göre daha az korku yaşadıkları bulunmuştur. Deney grubundaki kadınlar doğum sırasında daha fazla destek ve kontrol algıladıklarını belirtmişlerdir. Daha düşük ağrı skoruna sahip oldukları ve doğumlarının daha kısa sürdüğü belirlenmiştir (44).

Fizyolojik vajinal doğumu desteklemek için hastane politikaları geliştirilmeli, vajinal doğumu destekleyen kanıt ve bakım uygulamalarının kapsamlı incelenip yaygınlaştırılması önerilmektedir. Gebeye seçtiği bir kişinin eşlik etmesine olanak sağlamalıdır. Nonfarmakolojik yöntemler latent fazda kadına öğretilmelidir. Çünkü bu fazda kadın konuşmaya daha açık ve kontraksiyon sıklığı daha azdır (2). Kalitatif bir araştırmada hemşireler, doğum eyleminde verilen hemşirelik bakımının doğum şeklini etkileyeceğini belirtmişlerdir. Hemşireler isteğe bağlı sezaryenden kaçınmak için verdikleri bakımı 3 ana temada toplamışlardır; destekleyici bakım, savunuculuk ve hekimler ile etkileşim. Araştırmanın sonucuna göre hemşirelerin, bazı kadınların sezaryenden kaçınmasında etkili oldukları bulunmuştur (36). Yine bir sistematik derleme sonucuna göre birebir sürekli desteleyici bakım alan kadınlar doğumda daha az analjezi/anestezi kullanımı, daha az instrumental vajinal doğum ve sezaryen doğum yaptıkları ve daha az negatif doğum deneyimi yaşadıkları bulunmuştur (45).

2.5. Destekleyici Hemşirelik Bakımının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri

Fizyolojik vajinal doğum, herhangi bir sezaryen endikasyonu olmadığı sürece, anne ve bebek sağlığını sürdürmek için en güvenilir olan fizyolojik, fonksiyonel bir süreçtir. Fizyolojik vajinal doğumun anne ve bebek için pek çok faydası bilinmektedir. Vajinal doğumda görülebilecek komplikasyonlar, sezaryen doğuma göre daha azdır ve vajinal doğumda komplikasyon görülme olasılığı da sezaryen doğuma göre daha az olduğu belirtilmiştir. Vajinal doğumun desteklenmesinde en önemli etmenlerden olan destekleyici hemşirelik bakımı etkin ve sürekli bir şekilde verildiğinde ülkemizdeki vajinal doğum oranları artacak ve sezaryen oranları azalarak Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği orana düşecektir. Sürekli verilen destekleyici bakım kadınların negatif bir doğum deneyimi yaşamalarını önler. Bu durum sezaryen oranlarını azaltma da son derece önemli bir durumdur (45). Vajinal doğum kendiliğinden başlayan ve devam eden bir süreçtir. Vajinal doğumda kaybedilen kan miktarı fizyolojiktir. Destekleyici bakım doğumun süresini kısaltmaktadır. Uzamış travayın anne ve bebek sağlığını tehdit eden riskleri bulunmaktadır (45).

Destekleyici bakım bu risklerin en aza indirilmesini sağlamaktadır. Vajinal doğum annenin doğumdan hemen sonra bebeği ile buluşmasını ve ten-tene temasın gerçekleşmesini sağlar. Annenin postpartum hayata uyumunu kolaylaştırır. Doğumda oksitosin salınımı olacağı için annenin sütü erken gelir ve bu durum ilk yarım saatte emzirmenin gerçekleşmesine olanak sağlar (13-35). Anne emzireceği için doğum kilolarını daha hızlı verir. Destekleyici bakımın diğer bir etkisi ise doğumda analjezi kullanımını ve epidural ve spinal anestezi kullanımını azaltmasıdır. Gereksiz tüm tıbbi girişimleri engelleyen ve fizyolojik doğumu medikalizasyondan arındıracak bir bakımdır. Müdahaleli doğumları, doğumda vakum veya forspes kullanımı, azaltır. Yeni doğanın apgar skoru daha yüksektir (13). Doğum sırasında vajinal kasların bebeğin toraks bölgesine yaptığı bası, yenidoğanın akciğerindeki amniyon sıvısının boşalmasını sağlar. Böylece bebek daha az solunum problemi yaşar. Vajinal yoldan geçerken bebeğin oral olarak aldığı bakteriler, bebeğin bağışıklık kazanmasını ve kolay hastalanmamasını sağlamaktadır. Fizyolojik vajinal doğum ile doğan bebeklerin, sezaryen doğumla dünyaya gelen bebeklere göre yoğun bakıma alınma olasılığı daha azdır (13).

Hemşirelerin doğumda verdiği sürekli destek, doğumu pozitif olarak etkilediği bilinmektedir. (11). Doğumda sürekli verilen desteğin önemi bilinmesine rağmen yapılan bir araştırmada hemşirelerin sadece %12,4'ünün doğum desteğini uyguladığı bulunmuştur (36). Bu durumun nedenleri olarak hemşire azlığı olarak görülebilir. Destekleyici bakımın faydaları akademik çalışmalar ile biliniyor olsa da kliniklerde her zaman destekleyici bakım verilememektedir. Bunun nedeni hemşirelerin birden fazla kadına doğum eyleminde bakım vermesi, klinikteki işleri yetiştirmek için zaman ayırmaya bağlı bakım süresinin azalması, klinikteki evrak ve kayıt işleri ve hemşirenin çalışma saatlerinin kadının doğumdan hemen önce olması veya doğumun bitmiş olması gibi travayın başından itibaren aynı hemşirenin bakım verememesi gibi etmenler sürekli destekleyici bakımın sağlanmasında yaşanan güçlüklerdir (45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı-kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde ve İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni 2065'tir. Araştırmanın örneklemi Haziran 2019 ve Nisan 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nde ve İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde vajinal doğum yapan 70 primipar ve 123 multipar olmak üzere 193 kadın oluşturmuştur.

Örneklem sayısı her iki kurumda bir yıl içindeki vajinal doğum sayısı üzerinden %95 güven aralığında, %5 tip 1 hata payı ile evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmaya 70 primipar, 123 multipar kadın katılmış olup toplam 193 kadın katılmıştır. Araştırma sonrası yapılan post-hoc istatistiksel güç analiz sonuçlarına göre %90 oranında yeterli istatistiksel gücün sağlandığı görülmüştür.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Spontan ve müdahaleli vajinal doğum yapan,
- 19-45 yaş aralığında olan,
- Doğum sonrası sağlıklı bebeği bulunan sağlıklı anneler,
- Doğum sonrası ilk 24 saat içinde olan,
- Türkçe bilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırmaya alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum sayısı, müdahaleli veya müdahalesiz doğum şekli, doğum eyleminin toplam süresi ve doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılma durumudur. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise primipar ve multipar kadınların destekleyici hemşirelik bakım davranışlarına ilişkin algılarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtımı

Araştırma verileri, kadınların sosyo-demografik ve doğum eylemine ilişkin özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan tanıtıcı özellikler formu ve Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.2 Tanıtıcı Özellikler Formu (EK1)

Gönüllülerin tanıtıcı bilgileri; yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, doğum sayısı, müdahaleli veya müdahalesiz doğum şekli, doğum eyleminin toplam süresi, doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe eğitimine katılma durumu ve doğumlarını değerlendirme gibi soruları içeren araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. 8 maddeden oluşmaktadır.

3.6.3. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği (EK2)

2013 yılında Uludağ ve Mete tarafından geliştirilen ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Doğum sonu ilk 24 saatte uygulanmaktadır. Ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; rahatlatıcı, eğitim, rahatsız edici davranışlardır. Dörtlü likert tipte bir ölçektir (1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Genellikle, 4: Her zaman) Ölçek değerlendirilirken 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33 numaralı maddeler doğrudan; 3, 5, 7, 12, 16, 17, 19, 20, 24, 29, 32 numaralı maddeler ise ters çevrilerek hesaplanır.

Ölçekten en az 33, en fazla 132 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça kadının destekleyici bakıma ilişkin algısının olumlu olduğu belirlenmektedir. Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,94'tür (46). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach Alfa değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Tanıtıcı özellikler formu ve ölçek soruları, doğum sonrası ilk 24 saat içinde kadınlara araştırmacı tarafından sorulmuştur ve kadınların verdiği yanıtlar işaretlenmiştir. Kadınların yanıtlama zamanı yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Kadınların veri toplama formuna yönelik soruları araştırmacı tarafından cevaplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26 programı ile verilerin analizi yapılmıştır. Kolmogrov-Smirnov değeri ($p:0,0$) 0,05'ten küçük olup veriler normal dağılmadığı için non-parametrik testler yapılmıştır. Tanıtıcı özellikler formunun analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve ki kare testleri uygulanmıştır. Ölçek maddelerinin analizi ise Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach Alfa değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır.

3.9. Araştırma Planı

- Şubat 2019: Literatür Tarama
- Mart 2019: Öneri Yazımı
- Mart 2019: Öneri Sınavı
- Mayıs 2019: Etik Kurul Onayı
- Haziran 2019- Nisan 2021: Veri Toplama
- Nisan 2021: Bulguların Analiz Edilmesi
- Mayıs 2021: Araştırma Raporu Yazımı
- Haziran 2021: Tez Bitirme Sınavı

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama döneminin Covid19 pandemisine denk gelmesi ve araştırma 2 kurumda yapılmış olduğu için araştırmadan elde edilen bulgular sadece çalışmaya dahil olan örneklem grubuna genellenebilir.

3.11. Tezin Bütçesi

Tez çalışması için herhangi bir mali desteğe ihtiyaç duyulmamıştır.

3.12. Araştırma Etiği

Tez çalışmasının yapıldığı, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi ve İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliklerinden ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmış ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği'ni geliştiren araştırmacıdan mail yolu ile ölçek izni alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile araştırmaya katılma izni alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1’de vajinal doğum sonrası ilk 24 saat içinde olan annelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %63,7’si multipardır. Primar annelerin %73,4’ü 19-25 yaş grubunda yer almaktadır. Multipar kadınların %83,7’si ilkokul veya ortaokul mezunudur. Multipar kadınların %72,3’ü gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Primipar kadınların %100’ü müdahaheli doğum yapmıştır. Primipar kadınların %37,1’inin hastaneye geldikleri an itibariyle toplam doğum süreleri 10 saatten azdır Primipar annelerin %97,1’i doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılmamış, multipar annelerini ise %98,3’ü doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılmamıştır. Primiparların %54,3’ü doğumunu kötü olarak değerlendirirken, multipar kadınların %34,1’i doğumunu kötü olarak değerlendirmiştir. Primipar ve multipar kadınlar arasında yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzey, doğum süresi, doğumlarını değerlendirme durumları arasında yapılan ki kare homojenlik testi sonuçlarına göre; kadınlar arasında fark vardır. Primipar ve multipar kadınların doğum şekli ve doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılma durumları arasında fark yoktur.

Tablo 1: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Veriler

	Primipar (n=70 %36,3)		Multipar (n=123 %63,7)		x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
19-25	52	%74,3	67	%54,5	7,53*	0,02
26-34	13	%18,6	43	%35,0		
35-39	5	%7,1	10	%8,1		
Eğitim durumu						
İlkokul, ortaokul	36	%51,4	103	%83,7	24,57*	0,00
Lise	20	%28,6	15	%12,2		
Üniversite	14	%20,0	5	%4,1		

Sosyo-ekonomik düzey						
Gelir giderden az	32	%45,7	89	%72,3	12,42*	0,00
Gelir gidere eşit	37	%52,9	34	%27,7		
Doğum şekli						
Müdahaleli	70	%100	121	%98,3	0,11**	0,53
Müdahalesiz	-	-	2	%1,7		
Doğumun toplam süresi						
10 saatten az	26	%37,1	82	%66,7	14,60*	0,00
10 saatten fazla	44	%62,9	41	%33,3		
Doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılma durumu						
Evet	2	%2,9	2	%1,7	0,03**	0,62
Hayır	68	%97,1	121	%98,3		
Doğumu değerlendirme						
İyi	9	%12,8	33	%26,9	8,83*	0,12
Orta	23	%32,9	48	%39,0		
Kötü	38	%54,3	42	%34,1		

*Pearson Ki Kare Analizi

** Fisher Exact Ki Kare Analizi

4.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Toplam Puanı ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Primipar ve multipar kadınların ölçekten aldıkları destekleyici hemşirelik bakımı toplam puan ortalamaları, ölçek alt boyutları toplam puan ortalamaları ve standart sapma değerleri tablo 2’de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan primipar annelerin destekleyici hemşirelik bakımı toplam ölçek puan ortalaması $96,03 \pm 28,10$ olup araştırmaya katılan multipar annelerin destekleyici hemşirelik bakımı toplam ölçek puan ortalaması $106,25 \pm 3,62$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar annelerin ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında anlamlı bir fark vardır ($u: 2,40$ $p:0,02$). Araştırmaya katılan primipar kadınların rahatlatıcı davranışlar ölçek alt boyutu puan ortalaması $38,04 \pm 12,85$ olup multipar kadınların puan ortalaması $42,67 \pm 11,18$ 'dir. Mann Whitney U testi yapılarak $u (2,31)$ ve $p (0,02)$ bulunmuş olup primipar ve multipar kadınlar arasında fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan primipar kadınların eğitim ölçek alt boyutu puan ortalaması $24,68 \pm 6,7$ olup multipar kadınların puan ortalaması $26,65 \pm 5,69$ 'dur. Mann Whitney U testi yapılarak $u (1,65)$ ve $p (0,1)$ değerleri bulunmuş olup primipar ve multipar kadınlar arasında fark bulunmamıştır. Araştırmaya katılan primipar kadınların rahatsız edici davranışlar ölçek alt boyutu puan ortalaması $27,36 \pm 7,93$ olup multipar kadınların puan ortalaması $30,32 \pm 6,58$ 'dir. Mann Whitney U testi yapılarak $u (2,78)$ ve $p (0,01)$ değeri bulunmuş olup primipar ve multipar kadınlar arasında fark bulunmuştur.

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Kadınların Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Primipar x ss	Multipar x ss	u	p
Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Toplam Puanı	96,03±28,10	106,25±3,62	2,40	0,02
Rahatlatıcı Davranışlar Alt Boyutu	38,04±12,85	42,67±11,18	2,31	0,02
Eğitim Alt Boyutu	24,68±6,68	26,65±5,69	1,65	0,10
Rahatsız Edici Davranışlar Alt Boyutu	27,36±7,93	30,32±6,58	2,78	0,01

4.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Puan Ortalamaları

Tablo 3'te primipar ve multipar kadınların rahatlatıcı davranışlar ölçek alt boyutu sayısal verilerinin dağılımı yer almaktadır. Primipar kadınlar rahatlatıcı davranışlar ölçek alt grubunda yer alan "saygılı olma" bakım davranışı puan ortalaması $3,01 \pm 1,1$ olarak hesaplanmış multipar kadınların ise $3,37 \pm 0,9$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p:0,02$). Primipar kadınların "kendimi ve bebeğimi güvende hissettirdi" ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,80 \pm 1,19$ olup multipar kadınların puan ortalaması $3,32 \pm 0,94$ olarak hesaplanmıştır. Güvende hissetme bakım davranışına yönelik primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark vardır ($p: 0,00$). Primipar kadınların hemşirenin "cesaretlendirici" bakım davranışına yönelik ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,56 \pm 1,25$ ve multipar kadınların maddeden aldıkları puan ortalaması $3,0 \pm 1,04$ olarak hesaplanmıştır. Cesaretlendirici hemşirelik davranışına yönelik alınan puanlarda primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p:0,02$). Primipar annelerin "kendimi önemli ve değerli hissettirdi" ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,76 \pm 1,22$ multipar annelerin puan ortalaması $3,03 \pm 1,07$ dır. Primipar ve multipar anneler arasında önemli ve değerli hissettirme bakım davranışına yönelik maddeden alınan puanlar analiz edildiğinde anlamlı bir fark yoktur ($p:0,16$). Primipar kadınların "güler yüzlüydü" ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,90 \pm 1,092$ olup multipar kadınların puan ortalaması ise $3,30 \pm 0,98$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p:0,01$). Primipar kadınların "isteklerimi karşılamaya çalıştı" ölçek madde sorusuna verdikleri yanıtların puan ortalaması $2,71 \pm 1$, multipar kadınlar puan ortalaması ise $3,12 \pm 1,01$ dır. p değeri 0,02 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Primipar kadınların "beni sakinleştirdi" ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,69 \pm 1,21$ olup multipar kadınların puan ortalaması ise $2,89 \pm 1,10$ olarak hesaplanmıştır. p değeri 0,29 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Primipar kadınların ‘‘rahat etmemi sağladı’’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,60 \pm 1,17$ olup multipar kadınların $2,89 \pm 1,08$ dır. Rahat ettirmeyi sağlamaya yönelik maddeden alınan puanlar doğrultusunda primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p:0,09$). Primipar kadınların ‘‘gizliliğimi ve mahremiyetimi korudu’’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $3,40 \pm 0,93$ olup multipar kadınların puan ortalaması ise $3,64 \pm 0,80$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p:0,01$). Primipar kadınların ‘‘bana dokunarak beni rahatlattı’’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $1,76 \pm 1,12$ olup multipar kadınların puan ortalaması ise $2,11 \pm 1,24$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p:0,06$). Primipar kadınların ‘‘kararlarım saygı gösterdi’’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,93 \pm 1,10$ olup multipar kadınların puan ortalaması ise $3,29 \pm 0,95$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p:0,02$). Primipar kadınların ‘‘ortamın temizliğine özen gösterdi’’ ölçek madde sorusuna verdikleri yanıtların puan ortalaması $3,10 \pm 0,93$ multipar kadınlar puan ortalaması ise $3,37 \pm 0,81$ ’dir. P değeri 0,04 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Primipar kadınların ‘‘sakin ve kendinden emindi’’ ölçek madde sorusuna verdikleri yanıtların puan ortalaması $3,06 \pm 0,96$ multipar kadınlar puan ortalaması ise $3,29 \pm 0,80$ ’dir. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p:0,11$). Primipar kadınların ‘‘soru sormam için beni cesaretlendirdi’’ ölçek madde sorusuna verdikleri yanıtların puan ortalaması $1,77 \pm 1,15$ multipar kadınlar puan ortalaması ise $2,03 \pm 1,20$ dır. p değeri 0,13 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur. Primipar kadınlar eğitim ölçek alt grubunda yer alan ‘ağrımı daha az hissetmem için yöntemler öğretti’ bakım davranışı puan ortalaması $2,37 \pm 1,31$ olarak hesaplanmış multipar kadınların ise $2,89 \pm 1,24$ olarak hesaplanmıştır. Primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p:0,01$). Primipar kadınların ‘bana yaptığı her uygulamayı açıkladı’’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $2,74 \pm 1,19$ olup multipar kadınların puan ortalaması $2,94 \pm 1,13$ olarak hesaplanmıştır.

Yapılan her uygulamayı açıklamaya yönelik eğitim bakım davranışı puanlarında primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark vardır (p: 0,24). Primipar kadınların hemşirenin ‘doğumda neler yapmam gerektiğini öğretti’ eğitim davranışına yönelik ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması $3,49 \pm 0,88$ ve multipar kadınların maddeden aldıkları puan ortalaması $3,61 \pm 0,85$ olarak hesaplanmıştır. Doğumda yapılması gerekenleri öğretme hemşirelik davranışına yönelik alınan puanlarda primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur (p: 0,13). Kadınların ‘doğum anında yapmam gerekenlere yardımcı oldu’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması primipar annelerin $3,39 \pm 0,94$ multipar annelerin puan ortalaması ise $3,59 \pm 0,87$ dir. P değeri 0,14 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark yoktur. Kadınların ‘açıklamaları anlaşılırdı’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması primipar annelerin $2,96 \pm 0,98$ multipar annelerin puan ortalaması ise $3,17 \pm 0,94$ ’tür. p: 0,11 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark yoktur. Kadınların ‘doğum anında nasıl ıkınacağımı öğretti’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması primipar annelerin $3,50 \pm 0,93$ multipar annelerin puan ortalaması ise $3,77 \pm 0,02$ dir. p değeri 0,04 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark vardır. Kadınların ‘doğum anında nasıl nefes alacağımı öğretti’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması primipar annelerin $3,46 \pm 0,97$ multipar annelerin puan ortalaması ise $3,74 \pm 0,69$ dur. p değeri 0,03 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark vardır. Kadınların ‘Her aşamada bilgi verdi’ ölçek maddesinden aldıkları puan ortalaması primipar annelerin $2,79 \pm 1,09$ multipar annelerin puan ortalaması ise $2,94 \pm 1,07$ dir. P değeri 0,29 olarak hesaplanmış olup primipar ve multipar anneler arasında anlamlı bir fark yoktur. Kadınların rahatsız edici davranışlar ölçek alt grubunda yer alan ‘kabaydı’ maddesinden alınan puan ortalaması primipar annelerin $3,03 \pm 1,09$ olup multipar annelerin $3,44 \pm 0,92$ dir. p değeri 0,03 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Kadınların ‘sabırsızdı’ maddesi puan ortalamaları primiparların $2,74 \pm 1,18$ olup multiparların $3,18 \pm 1,02$ ’dir. p değeri 0,01 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Annelerin ‘yargılayıcı ve suçlayıcıydı’ maddesi puan ortalamaları primiparların $3,39 \pm 1,08$ olup multiparların $3,67 \pm 0,82$ ’dir. p değeri 0,05 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Annelerin ‘kendimi aşağılanmış hissettirdi’ maddesi puan ortalamaları primiparların $3,49 \pm 1,00$ olup multiparların $3,72 \pm 0,77$ ’dir. p değeri 0,04 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Annelerin ‘kendimi çaresiz hissettirdi’ maddesi puan ortalamaları primiparların $2,76 \pm 1,18$ olup multiparların $3,23 \pm 1,01$ ’dir. p değeri 0,01 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Annelerin ‘kendimi yalnız hissettirdi’ maddesi puan ortalamaları primiparların $2,27 \pm 1,02$ olup multiparların $2,68 \pm 1,05$ ’dir. p değeri 0,01 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Annelerin ‘konuşmaları cesaret kırıcıydı’ maddesi puan ortalamaları primiparların $3,33 \pm 1,09$ olup multiparların $3,54 \pm 0,9$ ’dur. p değeri 0,22 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur. Annelerin ‘kendimi yetersiz hissettirdi’ maddesi puan ortalamaları primiparların $3,04 \pm 1,11$ olup multiparların $3,40 \pm 0,98$ ’dir. p değeri 0,01 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır. Annelerin ‘sorularımı duymazdan geldi’ maddesi puan ortalamaları primiparların $3,31 \pm 1,04$ olup multiparların $3,46 \pm 1,01$ ’dir. p değeri 0,22 olup primipar ve multipar kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Kadınların Destekleyici Hemşirelik Bakımı Ölçek Puan Ortalamaları

	Primipar x$\pm$ss	Multipar x$\pm$ss	u	p
Saygılıydı	3,01 $\pm$ 1,1	3,37 $\pm$ 0,9	2,33	0,02
Kendimi ve bebeğimi güvende hissettirdi	2,80 $\pm$ 1,19	3,32 $\pm$ 0,94	3,06	0,00
Cesaretlendiriciydi	2,56 $\pm$ 1,25	3,0 $\pm$ 1,04	2,28	0,02
Kendimi önemli ve değerli hissettirdi	2,76 $\pm$ 1,22	3,03 $\pm$ 1,07	1,39	0,16
Güler yüzlüydü	2,90 $\pm$ 1,092	3,30 $\pm$ 0,98	2,78	0,01
İsteklerimi karşılamaya çalıştı	2,71 $\pm$ 1,19	3,12 $\pm$ 1,01	2,29	0,02
Beni sakinleştirdi	2,69 $\pm$ 1,21	2,89 $\pm$ 1,10	1,06	0,29
Rahat etmemi sağladı	2,60 $\pm$ 1,17	2,89 $\pm$ 1,08	1,67	0,09
Gizliliğimi ve mahremiyetimi korudu	3,40 $\pm$ 0,93	3,64 $\pm$ 0,80	2,45	0,01
Bana dokunarak beni rahatlattı	1,76 $\pm$ 1,12	2,11 $\pm$ 1,24	1,91	0,06
Kararlarım saygı gösterdi	2,93 $\pm$ 1,10	3,29 $\pm$ 0,95	2,32	0,02
Ortamin temiz olmasına özen gösterdi	3,10 $\pm$ 0,93	3,37 $\pm$ 0,81	2,05	0,04
Sakin ve kendinden emindi	3,06 $\pm$ 0,96	3,29 $\pm$ 0,80	1,59	0,11

Soru sormam için beni cesaretlendirdi	1,77±1,15	2,03±1,20	1,52	0,13
Ağrımı daha az hissetmem için yöntemler öğretti	2,37 ±1,31	2,89 ±1,24	2,55	0,01
Bana yaptığı her uygulamayı açıkladı	2,74± 1,19	2,94± 1,13	1,17	0,24
Doğumda neler yapmam gerektiğini öğretti	3,49± 0,88	3,61 ±0,85	1,51	0,13
Doğum anında yapmam gerekenlere yardımcı oldu	3,39± 0,94	3,59± 0,87	1,49	0,14
Açıklamaları anlaşılırdı	2,96 ±0,98	3,17± 0,94	1,60	0,11
Doğum anında nasıl ıkınacağımı öğretti	3,50± 0,93	3,77± 0,64	2,24	0,02
Doğum anında nasıl nefes alacağımı öğretti	3,46± 0,97	3,74 ±0,69	2,16	0,03
Her aşamada bilgi verdi	2,79±1,09	2,94 ±1,07	1,05	0,29
Kabaydı	3,03± 1,09	3,44± 0,92	-2,95	0,03
Sabırsızdı	2,74±1,18	3,18± 1,02	-2,53	0,01
Yargılayıcı ve suçlayıcıydı	3,39± 1,08	3,67± 0,83	-1,95	0,05
Kendimi aşağılanmış hissettirdi	3,49±1,00	3,72± 0,77	-2,04	0,04
Kendimi çaresiz hissettirdi	2,76± 1,17	3,23± 1,01	-2,82	0,01
Kendimi yalnız hissettirdi	2,27± 1,02	2,68± 1,05	-2,64	0,01
Konuşmaları cesaret kırıcıydı	3,33± 1,09	3,54± 0,9	-1,22	0,22
Kendimi yetersiz hissettirdi	3,04 ±1,11	3,40± 0,98	-2,57	0,01
Sorularımı duymazdan geldi	3,31± 1,04	3,46± 1,01	-1,24	0,22

4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Destekletici Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Primipar ve multipar kadınların etkileyen faktörler toplam puan ortalamalarının destekleyici hemşirelik bakım ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması tablo 4'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 19-25 yaş primipar kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 94±48'dir. 19-25 yaş multipar kadınların ise 108,18±25,49'dur. Araştırmaya katılan 26-34 yaş primipar kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 104,23±19,90'dır. Primipar (p:0,69) ve multipar (p:0,13) kadınların ölçekten aldıkları puan ortalaması ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Araştırmaya katılan ilkökul ve ortaokul mezunu primipar annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 95,67±28,08, multipar annelerin ise 108,08±23,30 dur. Araştırmaya katılan primipar (p:0,99) ve multipar (p:0,08) annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırmaya katılan primipar annelerden gelir giderden az olan kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $91,19 \pm 27,90$ olup multipar kadınların $104,45 \pm 23,97$ 'dir. Araştırmaya katılan primipar ($p:0,18$) ve multipar ($p:0,10$) kadınların ölçekten aldıkları puan ortalaması ve sosyo-ekonomik durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Araştırmaya katılan ve doğumunu iyi olarak değerlendiren primipar kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $118,89 \pm 13,49$ olup multipar kadınların $122,24 \pm 13,66$ 'dır. Araştırmaya katılan ve doğumunu orta olarak değerlendiren primipar kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $102,87 \pm 20,13$ multipar kadınların ise $105,52 \pm 19,87$ 'dir. Araştırmaya katılan primipar ($p:0,00$) ve multipar ($p:0,00$) annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve doğumlarını değerlendirme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Araştırmaya katılan primipar kadınlardan müdahaleli doğum yapan primipar kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $96,03 \pm 28,11$ olup multipar kadınların $106,05 \pm 23,71$ 'dir. Araştırma verilerine göre müdahalesiz doğum yapan primipar kadın bulunmamakta, multipar kadınların ise ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $118,50 \pm 14,85$ 'tir. Araştırmaya katılan multipar ($p:0,46$) annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve doğumlarının şekli arasında anlamlı bir fark yoktur. Araştırmaya katılan primipar annelerin doğum süresi 10 saatten az olanların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $95,69 \pm 30,71$ multipar kadınların ise $107,13 \pm 24,97$ 'dir. Doğum süresi 10 saatten fazla olan primipar kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $96,23 \pm 26,82$, multipar kadınların ise $104,49 \pm 20,82$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan primipar ($p:0,01$) annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve doğumlarının süresi arasında anlamlı bir fark varken multipar ($p:0,07$) annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve doğumlarının süresi arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılan annelerden doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılan primipar annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması $81,00 \pm 35,35$ multipar annelerin $119,50 \pm 17,68$ olup araştırmaya katılan primipar ($p:0,45$) ve multipar ($p:0,43$) annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılma durumu arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Destekletici Hemşirelik Bakımı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Primipar x±ss	w	p	Multipar x±ss	w	p
Yaş						
19-25	94,48±28,32	0,75	0,69	108,18±25,49	5,66	0,13
26-34	104,23±19,90			106,14±19,50		
35-39	90,80±43,90			96,30±21,35		
40 yaş ve üstü	-			42,46±23,61		
Eğitim durumu						
İlkokul, ortaokul	95,67±28,08	0,27	0,99	108,08±23,30	5,16	0,08
Lise	95,60±30,38			96,21±6,77		
Üniversite	97,57±26,81			98,60±15,08		
Sosyo-ekonomik düzey						
Gelir giderden az	91,19±27,90	3,39	0,18	104,45±23,97	1,65	0,10
Gelir gidere eşit	99,27±27,80			110,97±22,30		
Gelir giderden fazla	131±0			106,25±23,61		
Doğumu değerlendirme						
İyi	118,89±13,49	11,42	0,00	122,24±13,66	33,36	0,00
Orta	102,87±20,13			105,52±19,87		
Kötü	86,47±30,71			94,52±26,72		
	Primipar	u	p	Multipar	u	p
Doğum şekli						
Müdahaleli	96,03±28,11	-	-	106,05±23,72	-0,74	0,46
Müdahalesiz	-			118,50±14,85		
Doğum süresi						
10 saatten az	95,69±30,71	-2,50	0,01	107,13±24,07	-1,92	0,07
10 saatten fazla	96,23±26,82			104,49±20,82		

Doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme/gebe okuluna katılma						
Evet	81,00±35,35	-0,76	0,45	119,50±17,68	0,8	0,43
Hayır	96,47±28,07			106,03±23,69		

u: Mann Whitney U Testi

w: Kruskal Wallis Testi



5.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucundan elde edilmiş olan bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmaya katılan primipar kadınların ölçekten aldıkları puan ortalaması multipar kadınlara göre daha az hesaplanmış olup primipar kadınların algılarına göre aldıkları bakım davranışı yeterli değildir. Yani primipar kadınlar multipar kadınlara göre hemşirelerden daha fazla beklenti içindedir daha fazla ilgilenilmek istemekte ve daha fazla bakım gereksinimi olduğu için daha fazla bakım davranışı almayı istemektedir.

Literatüre bakıldığında Pirdel M. ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı araştırma sonucuna göre primipar kadınların multipar kadınlara göre doğum deneyimini daha fazla negatif deneyimlediği bulunmuştur. Primipar kadınların büyük çoğunluğu doğumu ağrılı olarak deneyimlemiştir. Primipar kadınlar multipar kadınlara göre kendini daha yalnız, daha korkmuş ve daha güçsüz hissetmişlerdir (9).Yiğit ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları araştırmada primipar kadınların çoğu doğumhane ile ilgili akla gelen düşüncelerinin ağrı/acı olduğunu belirtmiştir (45). Wijma ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptığı çalışma sonucuna göre ise multipar kadınların, primipar kadınlara göre daha az negatif doğum deneyimi beklentisinde olduğu bulunmuştur (47).

Primipar kadınlar daha fazla rahatlatıcı davranışın onlara uygulanması, kendilerini daha fazla bilgilendirilmesini istemektedirler. Daha önce bir doğum deneyimi yaşamadıkları için farklı beklenti, istek, bilinmeyene yönelik korkular, hayallerinde canlandırdıkları farklı doğum senaryoları yaşayabilirler. Ortamın medikalliğinden ürkmüş, yabancı kişiler arasında kendini yalnız hissediyor olabilirler. Kendi ve bebeğinin durumu hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak istiyor olabilirler. Süreci tam olarak bilmeyip deneyimlemedikleri için normal sürecin nasıl olduğunu bilmediklerinden kaynaklı korkulara kapılabilirler. Bu da doğum sürecini, kadının hormonlarını olumsuz etkileyen bir duruma dönüşebilir. Sonuç olarak kadın doğum deneyimini olumsuz olarak algılar. Ülkemizdeki sezaryen oranlarının kadın ve bebek sağlığı açısından azaltılması önemli bir konu olduğu için negatif doğum deneyimi toplum sağlığı için önemli bir sorundur.

Araştırmanın sonucuna göre, primipar ve multipar kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark ortaya koyan sonuçlar bulunmuştur. Literatüre baktığımızda Aktaş'ın yaptığı araştırma sonucuna göre nulliparite, genç ve adölesan anne olma gibi faktörler stres, korku ve negatif doğum algısına neden olabilmektedir. Adams ve arkadaşları 2012 yılında Norveç'te yaptıkları araştırma sonucuna göre kadınların %7.5'inde doğum korkusunun varlığını bildirmişlerdir (48). Lukasse ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada ise kadınların %11'inin doğum korkusu olduğu, bu korku oranının primipar anneler arasında %11.4, multipar anneler arasında %11 olduğu hesaplanmıştır (49).

Bohren ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmanın sonucuna göre doğumda alınan sürekli destekleyici bakım davranışı kadının yaşadığı anksiyete ve stresi azaltmaktadır.¹³ Ayrıca Weeks ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucuna göre kadınların doğumda saygılı bakım almaları ve iyi davranış görmeleri, kadınların kendilerini iyi ve değerli hissettirmiştir (50). Leeds ve Hargreaves, bazı annelerde doğum anılarının hiçbir zaman unutulmadığı, negatif doğum tecrübesinin anne ve bebek etkileşimini azaltacağı ve kadının ileriki doğum yapma tercihini etkileyebileceğini belirtmiştir (51).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; primipar kadınların, multipar kadınlara göre önceki bir doğum deneyiminin bulunmaması, ilk heyecanı, bilmediği bir duruma karşı daha fazla ilgi görmek istediği, dokunularak rahatlatılma isteği, medikal müdahalelere karşı daha fazla endişe ve çekingenlik yaşamasından dolayı kendini ve bebeğini daha fazla güvende hissettirilmesi, daha fazla cesaretlendirilme ihtiyacı, kendinin bakımına dahil edilip kararlarına daha fazla saygı duyulmasını istemektedir. Primipar kadınların, araştırmadan elde edilen istatistiksel sonuçları yoğun tempo ve zor şartlarda çalışan bakım vericilerden daha fazla güler yüzlülük beklemesi ve ortamın temizliğine onun için yeni bir ortamda olmasından kaynaklı olarak daha fazla dikkat etmesi şeklinde yorumlanabilir. Multipar kadınların da primipar kadınlar gibi bilgilendirme ihtiyacı içinde oldukları belirlenmiştir. Gruplar arasında farklılıklar olmamakla beraber iki grubunda yeterli bilgilendirme alma ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Literatür sonuçlarına baktığımızda: Kızılkaya'nın kadınlara verilen destekleyici bakımı belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasına göre (1997) kadınların doğum eyleminde %75'ine bilgi verilmediği bulunmuştur. Ayrıca kadınların %46'sı doğum süresince durumlarıyla alakalı kendilerine bilgi verilmediğini belirtmişlerdir (15). Dünya Sağlık Örgütü'nün (2018) önerilerine göre sürekli bilgilendirme doğumun her aşamasında devam etmelidir. İşbir ve Serçekuş'un (2017) araştırmasının sonucuna göre intrapartum sürekli destekleyici hemşirelik bakım davranışı almanın, doğumun aktif ve geçiş fazlarında doğum korkusunu azalttığı belirtilmektedir (44). Yiğit ve arkadaşlarının çalışmasına göre araştırmaya katılan primipar kadınların %40'ı hastaneye geldiklerinde korktuklarını ifade etmişlerdir. Sürekli verilen eğitim ve yapılan açıklamalar kadınları rahatlatıp korkularının giderilmesinde etkili olabilmektedir (45).

Primipar kadınlar doğum eylemi süresince kendini yalnız hissetmiştir. Maternal saygın bakım ve doğumda eş/ partner desteği Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerinde yer alan ve olumlu doğum deneyimine katkıda bulunan bakım davranışlarındandır.² Doğumhanede gebenin yanında seçtiği bir kişinin olmaması kadınların kendini yalnız hissetmesine neden olmaktadır. Özellikle süreci ilk defa deneyimleyen primipar kadınları etkilemektedir. Literatüre bakacak olursak; Yiğit ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları kalitatif araştırmada primipar kadınların %43,3'ü travayda tek başına olmanın yalnızlık duygusunu yaşattığını belirtmişlerdir (45). Morhason-Bello ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadınların %75.0'i doğumda yanında ona destek olacak bir kişiyi istediklerini ifade etmişlerdir (52). Primipar kadınlar multipar kadınlara göre hemşireleri kaba ve sabırsız olarak algılamıştır. Primipar kadınlar yeni adapte oldukları bir ortamda oldukları için multipar kadınlara göre beklentileri farklı olabilir.

Barnett'in 2010 yılında yapmış olduğu çalışmadan doğum sürecinde çalışan hemşirelerin zamanlarının yaklaşık %69'unu kadının odasının dışında, %31'ini doğum anındaki kadının yanında geçirdikleri, kadınların da aktif fazının %13'ünde destekleyici bakım verildiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin iş yükünden ve hemşire azlığından kaynaklı olarak literatürde bu şekilde sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (30).

Ayrıca İzmir ilinde bir hastanenin kadın doğum kliniğinde çalışan hemşire ve ebelere yapılan bir araştırma sonucuna göre hemşire ve ebelerin % 63,3'ünün doğal doğum ile ilgili bilgisini yetersiz olarak değerlendirmiştir (53). Araştırmaya katılan primipar ve multipar annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup yaş değişkeni ölçekten alınan puanı etkilememiştir. Kadınlar aldıkları bakımı değerlendirirken yaş faktöründen etkilenmemişlerdir. Benzer şekilde Kashanian ve ark'nın yaptığı araştırma sonucuna göre destekleyici bakıma ilişkin değerlendirmede; annelerin yaşı, ekonomik düzeyi ve eğitim durumu bakıma ilişkin değerlendirmelerini etkilememiştir (54). Primipar kadınlar, multipar kadınlara göre doğumlarını kötü olarak değerlendirmiş ve araştırmanın sonucuna göre kadınların bakım algısı azaldıkça doğumlarını kötü olarak belirttikleri bulunmuştur. Literatür ile benzer olarak Oveysi'nin 2018 yılında yaptığı çalışmasının sonucuna göre kadınların aldığı hemşirelik bakım davranışı arttıkça doğumdan memnuniyet artmaktadır (55). Lavender ve arkadaşlarının çalışmasına göre ise bilgi, destek ve ağrıyı hafifletme olumlu doğum deyimine katkı sağlayan faktörler olarak bildirilmiştir (56).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma primipar ve multipar kadınların doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakım davranışlarına ilişkin algılarını belirlemek ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmış olup 193 anne ile araştırma tamamlanmıştır.

- Araştırma sonucuna göre primipar kadınların multipar kadınlara göre aldıkları bakımı daha az ve yetersiz algıladıkları bulunmuştur.
- Primipar kadınlar bakım aldıkları hemşirelerin saygılı olma, güvende hissettirme, cesaretlendirici olma, güler yüzlü olma, isteklerini karşılamaya çalışma, kadına dokunarak rahatlatma, kararlarına saygı gösterme ve ortamın temizliğine özen gösterme bakım davranışlarına yönelik algılarının multipar kadınlara göre düşük olduğu görülmüştür.
- Primipar kadınların rutin hemşirelik girişimleri dışında kalan duygusal desteğe yönelik bakım davranışlarına yönelik algılarının düşük olduğu multipar kadınlara göre daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre; doğumda verilen sürekli desteğin anne ve bebeğe birçok faydası olduğu bilinmektedir ve yetersiz hemşire sayısının sürekli destekleyici bakım verme durumunu zorlaştırdığı bilinmektedir. Bu nedenle hemşire ve ebe istihdamı arttırılabilir. Doğumlar ebeler tarafından gerçekleştirilmelidir. Hemşirelere sürekli destekleyici hemşirelik bakım davranışına yönelik eğitimler düzenlenmelidir. Primipar ve multipar kadınlara doğumun her evresinde sürekli destekleyici bakım sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün doğal doğum protokolleri uygulanması ve hemşirelerin iletişim tekniklerini geliştirmek için kurum içi empati eğitimleri düzenlenebilir. Hemşirelerin özellikle primipar kadınları daha fazla bilgilendirmesi, cesaretlendirmesi ve ağrısına yönelik daha fazla non-farmakolojik yöntemler öğretmesi primipar kadınların pozitif bir doğum deneyimi yaşaması için önemlidir. Primipar kadınlara yönelik ayrı bakım davranışları uygulanabilir. Covid19 nedeniyle yüz yüze gerçekleştiremeyen doğuma hazırlık sınıfları online olarak yürütülmesi yaygınlaştırılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Nurse-Midwives, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Osteopathic Obstetricians and Gynecologists, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Society for Maternal-Fetal Medicine, Quality patient care in labor and delivery: A call to action, Dec. 2011. <https://www.acog.org/practice-management/patient-safety-and-quality/clinical-information/quality-patient-care-in-labor-and-delivery-a-call-to-action>
2. World Health Organization, WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience, World Health Organization; 2018. Geneva, Switzerland;1-176.
3. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü 2020 verileri: data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm Erişim Tarihi: (10.05.2021).
4. World Health Organization, WHO statement on caesarean section rates, World Health Organization; 2015. Geneva, Switzerland;1-8.
5. Aziato L., Acheampong A.K., Umoar K.L., Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana, BMC Pregnancy and Childbirth, 2017; 17:73:1-9.
6. Sauls, D. J., Adolescents' perception of support during labor; the labor support questionnaire: development and psychometric analysis. Journal of Nursing Measurement, 2004; 12(2), 123–132.
7. Ergöl, S., Kürtüncü M., Factors affecting women's preferences for cesarean birth in a university hospital. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing, 2014; 1, 26 –34.
8. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. ActaObstetGynecolScand 2003; 82:10–7
9. Pirdel M., Pirdel L., A comparison of women's expectations of labour and birth with the experiences in primiparas and multiparas with normal vaginal delivery, Journal of Kathmandu Medical College, 2015; 4(11): 16-25.

10. Song G., Wei Y., Zhu W., Yang H., Cesarean section rate in singleton primiparae and related factors in Beijing, China, *Chinese Medical Journal*, 2017; 130(20): 2395-2401.
11. Adams, E. D., Stark, M. A., Low, L. K., A nurse's guide to supporting physiologic birth, *Nursing for Women's Health*, 2016; 20(1): 76–86.
12. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Continuous labor support for every woman; AWHONN position statement, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2018: Washington, DC 20036, (800) 673-8499, 93.
13. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Collaboration. 2017; 6;7(7): 1-173.
14. Cutinho S.P., Study On Perception Of Nursing Support During Labour Among The Postnatal Women Of Selected Hospital At Mangaluru, *Indian Journal Of Applied Research*, 2017: 7(11), 77-75.
15. Kızılkaya N., Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri, *Perinatoloji Dergisi*, 1997; 5(3): 113-116.
16. Panda S., D'Sa J., C Rao A., Support needs of indian women in early labour, *Journal of Woman's Reproductive Health*, 2016; (1)2, 15-16.
17. World Health Organization, Maternal and newborn health/safe motherhood unit. care in normal birth: a practical guide. (Erişim Tarihi; 01 Ocak, 2021). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
18. Mete S., Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki, *DEUHYO ED*, 2013,6 (2), 93-98
19. Ohkubo T, Inoue Y, Kawarabayashi T, Kitamura K. Identification and electrophysiological characteristics of isoforms of T-type calcium channel Ca(v)3.2 expressed in pregnant human uterus. *Cell Physiol Biochem*. 2005;16(4-6):245-54.

20. Garfield RE, Maner WL. Physiology and electrical activity of uterine contractions. *Semin Cell Dev Biol.* 2007; 18(3):289-95.
21. Kao CY, McCullough JR. Ionic currents in the uterine smooth muscle. *J Physiol.* 1975; 246(1):1-36.
22. Wray S, Burdyga T, Noble D, Noble K, Borysova L, Arrowsmith S. Progress in understanding electro-mechanical signalling in the myometrium. *Acta Physiol (Oxf).* 2015; 213(2):417-31.
23. Bakker R, Pierce S, Myers D. The role of prostaglandins E1 and E2, dinoprostone, and misoprostol in cervical ripening and the induction of labor: a mechanistic approach. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 296(2):167-179.
24. Kandola MK, Sykes L, Lee YS, Johnson MR, Hanyaloglu AC, Bennett PR. EP2 receptor activates dual G protein signaling pathways that mediate contrasting proinflammatory and relaxatory responses in term pregnant human myometrium. *Endocrinology.* 2014; 155(2):605-617.
25. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(4):705-710.
26. Caughey A.B., Cahill A.G., Guise J., Rouse D.J. Safe prevention of the primary cesarean delivery, *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 210(3): 179-193.
27. National Institute for Health Care Excellence, Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical Guideline, Published: 2014. Last Uptade:2018.
28. Le Ray C, Fraser W, Rozenberg P, Langer B, Subtil D, Goffinet F., Premoda Study Group. Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum haemorrhage in low-risk nulliparous women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 158(2):167-72.
29. Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. Normal labor: mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005; 32(2):145-164.

29. Ulfsdottir H., Nissen E., Ryding E.L., Lund-Egloff D., Wiberg-Itzel E., The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study, BMC Pregnancy and Childbirth, June 2014;2-7
30. Barrett SJ, Stark MA. Factors associated with labor support behaviors of nurses. J Perinat Educ 2010; 19(1): 12-18.
31. Hodnett ED. Nursing support of the laboring woman. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25(3): 257-264.
32. Sleutel, R. M. (2003). Intrapartum nursing: Integrating Rubin's framework with social support theory. JOGNN. 32(1): 76-82.
33. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample, Birth. 2004; 31(1): 17-26.
34. Payant L, Davies B, Graham ID, Peterson WE, Clinch J. Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 37(4): 405-414.
35. National Partnership for Women & Families, Continuous support for women during childbirth: 2017 Cochrane review update key takeaways, <https://www.researchgate.net/publication/318258538> Continuous support for women during childbirth
36. Simpson K. R., Lyndon A., Labor nurses' views of their influence on cesarean birth, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 2017; 42 (2): 81-87.
37. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008; 37(1): 106-115
38. Tussey C.M., Botsios E., Gerkin RD., Kelly L.A., Gamez J., Mensik J., Reducing length of labor and cesarean surgery rate using a peanut ball for women laboring with an epidural, The Journal of Perinatal Education 2015; 24(1):16-24

39. Jones L., Othman M., Dowswell T., Alfierovic Z., Gates S., Newborn M., Neilson J. Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 2012(3):3-10
40. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(6): 489-556.
41. Green J, Amis D, Hotelling BA. Care practice: Continuous labor support. *Journal of Perinatal Education*. 2007; 16(3): 25-28.
42. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1999; 180(5): 1054-1059.
43. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 199(5): 445-454.
44. Isbir G. G, Serçekuş P. The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Research*. 2017; 25(2): 112-119.
45. Yiğit F. Ekşi Z., Gürkan Can Ö., Arslan H. İntrapartum dönemde primipar kadınların yaşadıkları deneyimlerin kalitatif olarak incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2005;7(2).
46. Uludağ E., Mete S., Doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algısı ölçeği, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi: İzmir-2013.
47. Wijma K., Söderguist J. Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997; 11 (6): 587-597
48. Adams S., Gian M., Eskild A. Fear of childbirth an duration of labour, *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 119 (10): 1238-1246.

49. Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., Bidens Study Group. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2014; 5(3), 99-106.
50. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2017;62(2):196-203.
51. Leeds L., Isabel Hargreaves I., The psychological consequences of childbirth, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2008, 26:2, 108-122,
52. Morhason-Bello, I. O., Olayemi, O., Ojengbede, O. A., Adedokun, B. O., Okuyemi, O. O., & Orji, B. (2008). Attitude and preferences of Nigerian antenatal women to social support during labour. *Journal of Biosocial Science*, 40(4), 553-562.
53. Şatır D. G., Ünsan Atan Ş., Taner A., Gün S., Kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin doğal doğum ve doğumda uygulanan müdahalelere ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2018;15 (4): 222-227
54. Kashanian M, Javadi F, Haghighi M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010;109:198-200.
55. Oveysi M., Ejder Apay S., Doğumda algılanan destekleyici bakım ve memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi: Erzurum-2018.
56. Lavender, T., Walkinshaw S.A., Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*.1999; 15 (1): 41-46.

EK1 TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız.....?

- ☐ 19-25
- ☐ 26-34
- ☐ 35-39
- ☐ 40 yaş ve üstü

2. Eğitim Durumunuz Nedir?

- ☐ İlkokul, ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

3. Gelir Düzeyiniz Nedir?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere eşit
- ☐ Gelir giderden fazla

4. Kaçını Doğumunuz?

- ☐ 1 (primipar)
- ☐ 2 ve daha fazla (multipar)

5. Doğum Şekliniz Nedir?

- ☐ Müdahaleli
- ☐ Müdahalesiz

6. Doğumunuzun Toplam Süresi (Doğumhaneye Geldiğinizden İtibaren) Nedir?

- ☐ 10 saatten az
- ☐ 10 saatten fazla

7. Doğuma Hazırlık Sınıfları/Gebe Bilgilendirme/Gebe Okuluna Katıldınız Mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8. Doğumunuzu Nasıl Değerlendirirsiniz?

- ☐ İyi
- ☐ Orta
- ☐ Kötü

**EK2 DOĞUMDA VERİLEN DESTEKLEYİCİ BAKIMA İLİŞKİN KADININ
ALGISI ÖLÇEĞİ**

DOĞUMHANEYE GELDİĞİM ANDAN DOĞUMUM BİTENE KADAR OLAN SÜREDE EBE YA DA HEMŞİRE;	1: Hiçbir Zaman	2: Bazen	3: Genellikle	4: Her Zaman
1. Naziktiler. 2. Saygılıydılar. 3. Kabaydılar. 4. Kendimi ve bebeğimi güvende hissettirdiler. 5. Sabırsızdılar. 6. Cesaretlendiriciydiler. 7. Yargılayıcı ve suçlayıcıydılar. 8. Kendimi önemli ve değerli hissettirdiler. 9. Güler yüzlüydüler. 10. İsteklerimi karşılamaya çalıştılar. 11. Beni sakinleştirdiler. 12. İlgisizdiler. 13. Rahat etmemi sağladılar. 14. Ağrımı daha az hissetmem için yöntemler öğrettiler. 15. Gizliliğimi / mahremiyetimi korudular. 16. Kendimi aşağılanmış hissettirdiler. 17. Kendimi çaresiz hissettirdiler. 18. Bana dokunarak beni rahatlattılar. 19. Kendimi yalnız hissettirdiler. 20. Bana yaptığı her uygulamayı açıkladılar. 21. Kararlarıma saygı gösterdiler. 22. Doğumda neler yapmam gerektiğini öğrettiler. 23. Doğum anında yapmam gerekenlere yardımcı oldular.				

24. Konuşmaları cesaret kırıcıydı				
25. Açıklamaları anlaşılırdı				
26. Ortamın temiz olmasına özen gösterdiler.				
27. Doğum anında nasıl ıkınacağımı öğrettiler.				
28. Doğum anında nasıl nefes alacağımı öğrettiler.				
29. Kendimi yetersiz hissettirdiler.				
30. Her aşamada bilgi verdiler.				
31. Sakin ve kendinden emindiler.				
32. Sorularımı duymazdan geldiler.				
33. Soru sormam için beni cesaretlendirdiler.				

Uludağ E., Mete S., 2013

ETİK KURUL VE KURUM İZİNLERİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Hülya Okumuş

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4680-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Annelerin Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Algıları ve Etkileyen Faktörler
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Hülya Okumuş Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ

Karar No:2019/12-30

Tarih:08.05.2019

Prof.Dr. Hülya Okumuş 'un sorumlusu olduğu "Annelerin Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Algıları ve Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi
İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

BAŞVURU FORMU

Ç.4	UZMANLIK, YÜKSEK LİSANS VEYA DOKTORA TEZİNİ BELİRTİR BELGE Araştırma uzmanlık tezi ise ilgili anabilim dalı başkanlığı veya klinik şefliğince onaylanan ıslak imzalı belgenin bir örneği eklenmelidir. Araştırmanın yüksek lisans veya doktora tezi olması durumunda ise tez'e ilişkin ilgili enstitü yönetim kurul onayının bir örneği eklenmelidir.
------------	--

D. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI

D.1	İş bu başvuru formu ile kendim/başvuru sahibi adına 1. Başvuruda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu, 2. Araştırma süresi boyunca protokole, konuyla ilgili tüm mevzuat düzenlemelerine, etik değer ve ilkelere uyulacağını, 3. Önerilen araştırmanın gerçekleştirilebilir nitelikte olduğunu, 4. Araştırma sona erdikten sonra, 1 (bir) yıllık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasını Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'na sunacağımı taahhüt ederim.
D.2	Başvuru sahibi (Sorumlu Araştırmacı / Koordinatör Tarafından ıslak İmza ile imzalanacaktır).
D.2.1	El yazısı ile adı soyadı:
D.2.2	Tarih (gün/ay/yıl olarak):
D.2.3	İmza:



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



E-İmzalıdır

Sayı : 72292585-10.99-E.42694
Konu : Yeşim Evren'in Tez Uygulama
İzni-D.E.Ü.

28/05/2019

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 30.04.2019 tarih ve 59537164-00.99-33593 sayılı yazınız.

Fakülteniz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Hülya OKUMUŞ'un sorumlu araştırmacı olduğu yüksek lisans öğrencisi Yeşim EVREN'in "Annelerin Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımına İlişkin Algıları ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat CELİLOĞLU
Başhekim V.

Ek : 27.05.2019 tarih ve 84081863-702.99-41939 sayılı yazı



Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>

Bilgi için İrtibat:
Pakize ÖZGENÇ
Dahili:

E-Posta: pakize.ozgenc@deu.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Murat CELİLOĞLU tarafından 28.05.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağımızı <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden 6D9387FEX6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 59537164-00.99-E.43662
Konu : Yeşim Evren'in Tez Uygulama İzin
Yazısı-DEÜ

31/05/2019

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

İlgi : 28.05.2019 tarih ve 72292585-10.99-42694 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımız Öğretim Üyesi Prof.Dr. Hülya OKUMUŞ'un sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Yeşim EVREN'in "*Annelerin Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımına İlişkin Algıları ve Etkileyen Faktörler*" isimli çalışmanın yapılmasının uygun görüldüğüne ilişkin Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nin ilgi sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

Ekler :
1- İzin Yazısı (1 Sayfa)
2- İlgi Yazısı (1 Sayfa)



Dokuz Eylül Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi
Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi
İnciraltı/İzmir 35340 – Türkiye
Tel: (232) 412 47 51 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr

Kon Adresi: dokuzeyuluniversitesi@hsf1.ken.tr

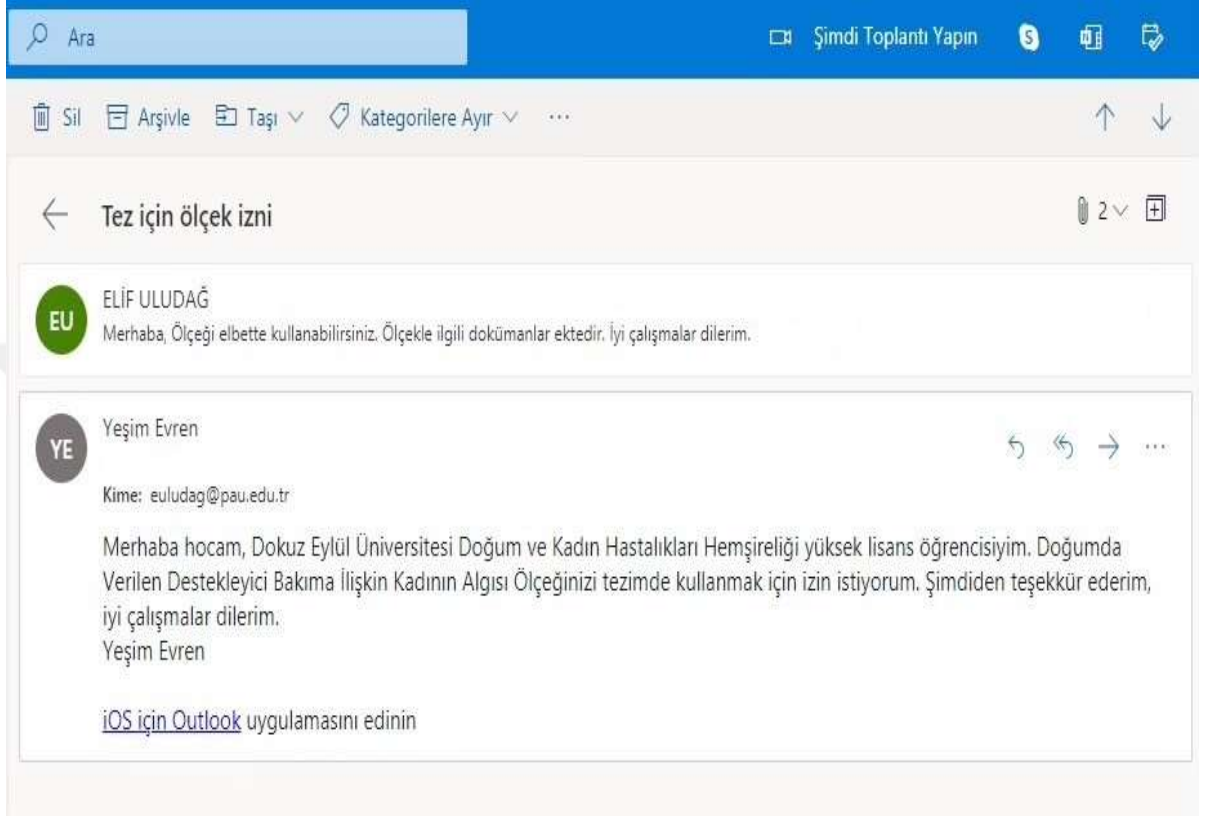
Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER tarafından 31.05.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrn@mzı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 461DA6BCX7 kodu ile doğrulanabilir.

Bilgi İçin İrtibat:
Defne DEMİR
Dahili:

E-Posta: defne.demir@deu.edu.tr



Ölçek Kullanma İzni



Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Annelerin doğumda aldıkları destekleyici hemşirelik bakımına yönelik algılarını belirlemek ve bu algıları etkileyen faktörleri saptamak amaçlayan bir anket çalışması yapmaktayız ve 350 sağlıklı anne ile görüşmeyi planlıyoruz. Çalışma kadın doğum servisinde, doğumdan sonra ilk 24 saat içinde yapılacaktır ve anket doldurma süresi 10-15 dakika olarak tahmin edilmektedir. Çalışmamız herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Anket araştırmasına katılmanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve kendinize herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca belirtilen çalışmada kullanılacaktır.

Araştırmacı;

Yeşim EVREN

Gönüllü Adı Soyadı

İmza



YEŞİM EVREN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

30 Ocak 2018 - Şu Anda (3 yıl 4 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.19 / 4.0

01 Eylül 2013 - 01 Ağustos 2017 (4 yıl)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Nisan 2020 - Şu Anda (1 yıl 2 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZMİR SAĞLIK BAKANLIĞI KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

