



**ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**KİŞİ MERKEZLİ ANNELİK BAKIM ÖLÇEĞİ KISA VERSİYONU'NUN
TÜRKÇE GEGERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Müjde GÜL GÜVEN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN**

Adıyaman/2024

**T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**KİŞİ MERKEZLİ ANNELİK BAKIM ÖLÇEĞİ KISA
VERSİYONU'NUN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS

Müjde GÜL GÜVEN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN**

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

KİŞİ MERKEZLİ ANNELİK BAKIM ÖLÇEĞİ KISA VERSİYONU'NUN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Müjde GÜL GÜVEN

Ebelik Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ağustos/2024, Sayfa:46

Danışman: Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN

Araştırma, Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin (KMABÖ) Türkçe geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma, tanımlayıcı ve metodolojik tipte bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırma, Türkiye'nin güney doğusundaki bir İl'in aile sağlığı merkezlerinde, 1 Ocak 2023-15 Haziran 2023 tarihleri arasında 130 anne ile yürütüldü. Veriler, "Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği" kullanılarak toplandı. Veriler SPSS ve Lisrell programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde geçerlik ve güvenirlik analizleri kullanıldı. Dil ve kapsam geçerliliği yapılan ölçeğin KGI değeri 0.846 olarak hesaplandı. Ölçeğin KMO değeri 0.822 bulundu ve barlett's testi istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (χ^2 : 745.421, $p<0.05$). Doğrulayıcı Faktör Analizinde χ^2/sd 1,53; RMSEA 0,060; NFI 0,92; NNFI 0,96; CFI 0,97; IFI 0,97; SRMR 0,071 ve uyum indekslerinin "mükemmel" ve "kabul edilebilir" değerlere sahip olduğu belirlendi. Ölçeğin test-tekrar test sonucunda belirlenen korelasyonun 0,876 olduğu saptandı. Ölçeğin Cronbach α değerinin 0,823 olduğu bulundu. Araştırma sonucunda KMABÖ'nün, iki alt boyut ve toplam 13 maddeden oluştuğu bulundu. Ölçeğin alt boyutları, saygılı/destekleyici bakım (6 madde) ve özerklik/iletişim (7 madde) olarak adlandırıldı.

Sonuç olarak, Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği, Türkiye'de yaşayan anneler için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Doğum; Kadın, Ölçek; Kişi merkezli bakım, Bakım.

ABSTRACT

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE PERSON-CENTERED MATERNAL CARE SCALE SHORT VERSION

Müjde GÜL GÜVEN

Department of EBELİK

Adıyaman University, Graduate Education Institute, August/2024, Page:46

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN

The research was conducted to evaluate the validity and reliability of the Person-Centered Maternity Care Scale (CMCAS) in Turkish. The research was carried out as a descriptive and methodological type of study. The research was conducted with 130 mothers in the family health centers of a province in the southeast of Turkey between January 1, 2023 and June 15, 2023. Data were collected using the "Mothers' Introductory Information Form" and "Person-Centered Maternity Care Scale". Data were analyzed using SPSS and Lisrell program. Validity and reliability analysis were used to evaluate the data. The KGI value of the scale, for which language and content validity was performed, was calculated as 0.846. The KMO value of the scale was found to be 0.822 and Bartlett's test was found to be statistically significant (χ^2 : 745.421, $p < 0.05$). In Confirmatory Factor Analysis, χ^2/df 1.53; RMSEA 0.060; NFI 0.92; NNFI 0.96; CFI 0.97; IFI 0.97; It was determined that the SRMR was 0.071 and the fit indices had "excellent" and "acceptable" values. The correlation determined as a result of the test-retest of the scale was found to be 0.876. The Cronbach α value of the scale was found to be 0.823. As a result of the research, it was found that CMAS consists of two subscales and a total of 13 items. The subscales of the scale were named respectful/supportive care (6 items) and autonomy/communication (7 items).

As a result, the Person-Centered Maternity Care Scale was found to be a valid and reliable measurement tool for mothers living in Turkey.

Key Words: Birth; Woman; Scale; Person centered care; Care.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tez yazım aşamalarında bana destek olan, bilgi ve birikimiyle bana yol gösteren, bilimsel katkı ve tecrübelerini eksik etmeyen başta kıymetli danışmanım Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN'a çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bizlere desteğini esirgemeyen hocalarım Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN, Dr. Öğr. Üyesi Saadet BOYBAY KOYUNCU ve Dr. Öğr. Üyesi Türkan ŞAHİN'e teşekkür ederim.

Okul sürecinde tanıştığım ve beraber çok yol aldığımız, ne zaman birimiz düşse diğerinin yardıma koşacağını bildiğim, desteklerini her zaman hissettiğim, bu yolda beraber yürüdüğüm, her sıkıştığım da yanımda olan, okulun bana kazandırdığı başta Büşra KORKMAZ YAPICI ve Kübra ÇORU olmak üzere Gurbet AKINCI, Hatice Dursun YILDIRIM'a teşekkür ederim.

Beni büyütüp bu günlere getiren, bütün zorluklara rağmen kız çocuklarını okutan, her zaman destekleyen ve herkese örnek olan, iyi ki sen benim annemsin dedirten, sevgisini hiçbir zaman eksik etmeyen biricik annem Sıdıka GÜL ve bana desteklerini eksik etmeyen babam Şevket Gül'e, kardeşlerim Fatma GÜL, Mehmet Kadir GÜL, Sema GÜL, Seher GÜL ve Bereket GÜL'e çok teşekkür ederim.

Bu süreçte olduğu gibi hayatımın her alanında yanımda olan, her kararında bana desteğini eksik etmeyen eşim Nihat GÜVEN ve benimle beraber büyüyen bu süreçte en az benim kadar zorlanan kızlarıma çok teşekkür ederim.

Araştırmama katılan tüm annelere teşekkür ederim. Bu çalışmada bana yardımcı olan Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü ve Aile Sağlığı Merkez'inde çalışan ebe arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Müjde GÜL GÜVEN

....../....../20....

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

(İmza)

Müjde GÜL GÜVEN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜRLER.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum	4
2.1.1. Doğumun birinci evresi	5
2.1.1.1. Doğum birinci evresinde ebelik bakımı.....	6
2.1.2. Doğumun ikinci evresi	6
2.1.2.1. Doğumun ikinci evresinde ebelik bakım	7
2.1.3. Doğumun üçüncü evresi	7
2.1.3.1. Doğumun üçüncü evresinde ebelik bakımı	8
2.1.4. Doğumun dördüncü evresi	8
2.1.4.1. Doğum eyleminin dördüncü evresinde ebelik bakımı.....	9
2.1.5. Postpartum dönem.....	9
2.2. Doğum Eylemine Yönelik Girişimler	10
2.2.1. Oksitosin uygulaması.....	10
2.2.2. Amniyotomi uygulaması.....	11

2.2.3. Forseps ve vakum uygulaması	11
2.2.4. Fundal basınç uygulaması	12
2.2.5. Epizyotomi uygulaması.....	12
2.3. Travmatik Doğumun Anne Üzerinde Etkisi	12
2.4. Kişi Merkezli Annelik Bakımı	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	16
3.1.1. Araştırmanın soruları.....	16
3.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4.1. Örneklemeye dahil edilme kriterleri.....	16
3.4.2. Örneklemeye dahil edilmeme kriterleri.....	17
3.5. Veri Toplama Araçları	17
3.5.1. Anneleri tanıttıcı bilgi formu.....	17
3.5.2. Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği kısa versiyonu	17
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	18
3.7. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi	18
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	19
3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlıkları	19
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	19
3.11. Geçerlik ve Güvenirlikte Kullanılan Yöntemler	19
3.11.1. Planlama aşaması.....	19
4. BULGULAR	21
4.1. Annelere Ait Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	21
4.2. Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin Geçerlilik Bulguları	23
4.3. Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri	27

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	29
5.1. SONUÇ	29
5.2. TARTIŞMA.....	30
5.2.1. KMABÖ'nün psikolinguistik: Dil geçerliliğinin tartışılması	30
5.2.1.1. Çeviri	31
5.2.1.3. Uzman görüşü	31
5.2.1.4. Pilot uygulama	31
5.2.2.KMABÖ'nün geçerlik analizlerinin tartışılması	32
5.2.3. KMABÖ'nün güvenirlik analizlerinin tartışılması	33
5.3. ÖNERİLER	35
KAYNAKÇA.....	36
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLER DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.11. Ölçek geçerlik ve güvenirlik aşamaları.....	20
Tablo 4.1. Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Kadınlara ait obstetrik ve jinekolojik özelliklerin dağılımı.....	22
Tablo 4.2.1. KMAB ölçeği 13 maddeye ait kapsam geçerlilik indeksleri (KGİ).....	23
Tablo 4.2.2. KMABÖ, KMO ve Barlett testi değerleri.....	24
Tablo 4.2.3. KMABÖ'nün açıklanan varyans ve özdeğere ilişkin bulgular.....	24
Tablo 4.2.4. BOAÖ faktör yük dağılımı.....	25
Tablo 4.2.5. DFA uyum indeksleri.....	26
Tablo 4.3.1. Test tekrar test korelasyon sonuçları.....	28
Tablo 4.3.2. Kişi merkezli annelik bakım ölçeğinin Cronbach Alpha değerleri.....	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 4.1. AFA yamaç eğim grafiği.....	25
Şekil 4.2. BOAÖ'nin faktör yükleri	27



SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beyaz Kurdela İttifakı
KMAB	: Kişi Merkezli Annelik Bakımı
KMABÖ	: Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICM	: Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
KGI	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	: Kaiser Meyer-Olkin
KR	: Kuder-Richardson
NST	: Non Stress Test
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

1. GİRİŞ

Doğum; gebelik süreci sonunda gerçekleşen, yenidoğanın intrauterin ortamından ayrılarak, yeni koşullar altında hayata başlama sürecidir (Lupu vd. 2023: 300). Düzenli kasılmalar ile birlikte doğumun başlaması, devam etmesi ve bebeğin miadında, spontan olarak, vertex pozisyonunda ve herhangi bir cerrahi, tıbbi ve farmakolojik müdahale olmaması ile gerçekleşen doğumlar “normal doğum” olarak kabul edilmektedir (Demirci vd. 2021: 99; ICM (Uluslararası Ebeler Konfederasyonu, 2024). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, normal doğum, spontan olarak başlayan, doğumun başlamasından itibaren düşük riskli ve doğum boyunca bu şekilde devam eden, 37 ve 42. haftaları arasında vertex pozisyonunda olan, doğumdan sonra anne ve bebeğin iyi olduğu doğum olarak tanımlar (DSÖ, 2018). Spontan vajinal doğumu tetikleyen ilaçlar, ilaç kullanılarak indüklenmiş doğumu veya doğumu başlatmak için diğer teknikleri ve yenidoğanın doğumu için forseps ve vakum cihazı gibi tıbbi ekipman kullanımı “müdahaleli vajinal doğum” kabul edilmektedir. Doğal doğum ise, ağrı kesici ilaçlar, doğumu başlatmak veya hızlandırmak için ilaç kullanılmayan, sağlık personellerinin rutin kontroller dışında izleyici olduğu doğum vajinal doğumdur (Negrini, Ferreira ve Guimaraes, 2021: 333; Bakke vd. 2022: 773).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre, normal doğum oranı 1993 iken %93’iken son yapılan 2018 TNSA verilerine göre %48 olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2018). Doğum sürecini olumsuz etkileyen indüksiyon, epizyotomi, antispazmolitik kullanımı, yeme içmenin kısıtlanması, annenin sürekli monitörize edilmesi gibi müdahaleler, normal doğum oranlarını azaltmasına ve kadınların olumsuz doğum deneyimi yaşamasına sebep olmaktadır (Arıcı ve Çoban, 2024: 66-74; Vural ve Erenel, 2017: 638-646). Doğum sürecinde travmatik olayların yaşanması normal doğuma karşı negatif düşünce ve tutumların artmasına neden olmaktadır. Bu durum, doğum sürecindeki bakım için yeni bir uygulamaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (OECD, 2020). Kadınların doğumda yaşadıkları olumsuz deneyimler ve travmatik olayların azalması için, özgürce hareket edebildikleri ve doğum desteği alıp kendi bakımlarına dahil olabildikleri, kadın merkezli bakıma ihtiyaçları vardır (Dencker vd. 2019: 99-111). Gebelik, doğum anı ve doğumdan sonraki süreçte ebeler teorisine dayanarak verilen bakımın uygulanması, doğumda sunulan bakım hizmetinin kalitesini artırabilmektedir (Sönmez ve Apay, 2023: 72-75). DSÖ’ye göre, bütün kadınlar insancıl, bireyselleştirilmiş, yeterli ve doğru doğum bakımından yararlanma, tercih ettiği şekilde doğum yapma ve istediği kişilerden doğum desteği alma hakkına sahiptir (Weeks vd. 2017: 196-2003). Şahin ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada, doğum

hakkında bilgi verilen annelerin, bilgi alamayan annelere kıyasla daha az korktuklarını ve gebelerin doğum ile ilgili bilgilendirilmesinin doğum korkusunu azaltabileceği bildirilmiştir (Şahin vd. 2019: 5-14). Gökçek tarafından 2022 yılında yapılan sistematik bir çalışmada, ebeler tarafından annelere verilen destekleyici bakımın, maternal ve neonatal sonuçları iyileştirdiği ve doğum memnuniyetini artırdığı, doğumdaki müdahalelerin azaldığı, aynı zamanda normal doğuma olan ilginin arttığı bildirilmiştir (Gökçek, 2022: 93-99). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, hamilelik ve doğumun, kadının hayatındaki doğal psikolojik olaylar olduğunu, dolayısıyla yönetilmesi veya tedavi edilmesi gereken bir hastalık olmadığını vurgulamıştır (Demirci vd. 2019: 515-522; O'Malley-Keighran ve Lohan, 2016: 48-58).

Kişi Merkezli Annelik Bakımı (KMAB), kadınlara doğumla ilgili bilgilendirmenin yapılması ve bilinçli karar verilmesinin sağlanması, saygınlığının ve mahremiyetinin korunması, doğum sürecinde sürekli desteğin sağlanmasını kapsayan, kadınların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı bakım olarak tanımlanmaktadır. KMAB, DSÖ tarafından önerilmektedir (Bohren, Tunçalp ve Miller, 2020: 113-126; DSÖ, 2019). KMAB, "Saygılı Annelik Bakımı"nın özünü ortaya çıkarmaktadır (DSÖ, 2018). Saygılı Annelik Bakımı'nın doğum deneyimi üzerindeki etkisinin incelendiği, 334 kadın ile yürütülen bir çalışmada, saygılı annelik bakımı ile olumlu doğum deneyimi arasında doğrudan bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Hajizadeh vd. 2020: 1-8). Saygılı Annelik Bakımı, kadınların onurunun korunması, gizlilik ve mahremiyetin korunması, bilgi artışı, tedaviye uyum, anne ile bakım veren kişi arasında iyi bir ilişkinin kurulması, empati duygusunun oluşması, yaşam kalitesinin artması gibi hasta açısından önemli birçok klinik sonuçlarla ilişkilidir (Nyhof vd. 2020: 1422-1427; Butler, Fullerton ve Aman, 2018: 168-175; Zill vd. 2015: 141-978). DSÖ, Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu, Beyaz Kurdele İttifakı (BKİ), Uluslararası Ebeler Konfederasyonu, Uluslararası Pediatri Birliği ve Ortak kuruluşlar, 2019 yılında güncellenen Çocuk Doğuran Kadınların Evrensel Hakları sözleşmesini imzalayarak her kadının ve yenidoğanın saygılı bakım görme hakkına sahip olduğu teyit etmiştir (DSÖ, 2019; Butler, Fullerton ve Aman, 2018: 168-165; Khalil vd. 2022: 796-850). Downe ve arkadaşları saygılı annelik bakımı politikalarının saygısızlık ve istismar oranlarını azaltma üzerindeki etkisine ilişkin sistematik bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada saygılı annelik bakımının, bakım kalitesinin arttığını ve saygısız veya istismarcı bakım deneyimlerinin azaldığı bildirilmiştir (Downe vd. 2018: 1-13). Saygılı annelik bakımını kapsayan KMAB ile kadınların doğum deneyimlerini iyileştirmek

hedeflenmektedir (Sudhinaraset vd. 2017: 5-100; Rubashkin vd. 2018: 1-22). Kadınların doğum deneyimi sürecinde aldıkları sağlık hizmetini değerlendirmeleri, KMAB'nin ne derece etkin olduğunu belirlemek açısından önemlidir. Bu bağlamda, kadınların doğum sırasında aldıkları bakımı değerlendirmek amacıyla, Afulani ve arkadaşları tarafından Kişi Merkezli Annelik Bakımı Ölçeği Uzun ve Kısa versiyonu geliştirilmiştir (Afulani vd. 2017: 1-18; Afulani vd. 2019: 96-109).

Araştırma, 2019 yılında Afulani ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği Kısa Versiyonu” Türkçe geçerliğini ve güvenirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum

Doğum, anne ve babalar için mucizevi, güçlü, pozitif ya da negatif duyguların bir arada yaşandığı bir eylemdir. (Michalik, Paracowity ve Wojcicka, 2023: 14-35). Doğum deneyimi kadınların, geleneksel, kültürel ve sosyal değerlerinden etkilenen her kadın için farklı bir deneyimdir. Yaklaşık 20 yıldır, ilaç kullanımı, epizyotomi, fundal basınç gibi uygulamalarda artış olduğu görülmektedir. Ancak DSÖ doğum eyleminde maternal ve fetal herhangi bir risk yoksa, eylem normal seyrinde ilerliyorsa, eylemin doğal fizyolojisini koruyarak gereksiz uygulamalardan kaçınılması gerektiğini vurgulamıştır (Topkara ve Çağan, 2021: 53-245; DSÖ, 2018; DSÖ, 2017).

Doğum, son menstrüel siklustan yaklaşık 37-42 hafta sonra bebeğin dış ortamda yaşama yeteneğini kazanması ile birlikte uterusun düzenli kasılmaları ile başlayan ve servikte efesman, dilatasyonun tamamlanması ile bebek, plasenta ve eklerin vajen yoluyla dış ortama geçilen bir süreç olarak tanımlanır (Bal ve Yılmaz, 2017: 43-67; Durmaz, 2018: 1-36; Ponser vd. 2014: 101-118; Taşkın, 2016: 325-340). DSÖ, normal doğumu, doğumun kendiliğinden başlaması, doğumun başlangıcında düşük riski en az olan ve doğum süreci boyunca böyle devam eden doğumun 37 ve 42 haftaları arasında spontan bir şekilde tamamlanması, doğum sonrası ise anne ve bebeğinin durumunun iyi olması şeklinde tanımlamaktadır (Breintoft vd. 2022: 417-423; Pimentel vd. 2020: 1-17). Doğumu başlatan faktörlerin neler olduğu konusunda bilinen kesin bir kanıt yoktur. Fakat hormonal etkiler, uterusun gerilme teorisi, myometrial etkenler uterus kasılmalarının başlamasında etkili olabileceği düşünülmektedir (Bal ve Yılmaz, 2017: 43-67; Taşkın, 2016: 325-340; Okumuş vd. 2014: 35-42; Rathfisch, 2015: 306-317). Tarihte en eski teori olarak bilinen uterusun gerilme teorisine göre, uterusun gebelik ile birlikte yavaş yavaş büyümesi, uterusu bulunan düz kasların gerilmesine sebep olur. Fakat gebelikte progesteron seviyesinin yükselmesi ve bunun uterus üzerindeki etkisi ile kasılmalar gözlemlenmez. Gebeliğin sonunda progesteronun azalması ile birlikte meydana gelen düz kasların gerilmeye başlaması, kontraksiyonların ve oksitosin salınımını başlattığı düşünülmektedir. Bununla birlikte postmatür ve prematür eylemlerin sebeplerini açıklamada eksik kalmıştır (Bal ve Yılmaz, 2017: 43-67; Rathfisch, 2017: 378-394; Menon vd. 2016: 1080-1087; Taşkın, 2016: 325-340). Doğum dört evreden meydana gelmektedir (Taşkın 2016: 325-340).

2.1.1. Doğumun birinci evresi

Doğumun ilk evresi uterusun kontraksiyonları ile başlayıp silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Doğumun en uzun evresidir ve süresi gebeden gebeye değişiklik gösterir. Kendi içinde üçe ayrılır, aktif faz ve geçiş fazıdır (Acavut ve Güvenç, 2020: 125-130; Simkin ve Ancheta, 2011: 15-29; Rathfisch 2017: 378-394).

Latent faz; doğumun başlangıcından başlayarak aktif fazın başlangıcına kadar uzanır. Bu fazın ne kadar süreceği çoğunlukla tahmin edilebilir. Serviksin haftalar öncesinden yeniden yapılanma sürecine girmesi, serviksin yumuşaması ve incilmesi ile esneyebilir ve genişleyebilir. Latent fazın süresi için normal sınır, nulliparlarda yaklaşık 20 saat, multiparalarda ise 14 saat olarak kabul edilmektedir (Cohen ve Friedman, 2023: 1017-1024). Breman ve arkadaşı 2020 yılında yaptıkları sistematik derlemede latent fazda farmakolojik olmayan yöntemlerle gebeye verilen desteğin önemli olduğu bildirilmiştir (Breman ve Neerland, 2020: 197-207). Serviks açıklığı 4cm'ye ulaştığında aktif faz sonlanır (Gonzalez, Trehan ve Kamel, 2016: 1-8; Glavind vd. 2020: 100-515). Düzenli olarak başlayan uterus kontraksiyonları şiddetlenerek artar. Bu fazda uterus kontraksiyonları 10-20dk da bir yükselir ve 15-20sn sürmektedir. Latent fazın sonuna doğru uterus kontraksiyonlarının süresi ve şiddeti artar. Bu fazda kontraksiyonların şiddeti ve süresi az olduğu için gebe dinlenebilir ve iletişime açık bir haldedir (Aksoy, Çelik ve Apay, 2020: 28-36; Acavut ve Güvenç, 2020: 125-130; Başgöl ve Beji, 2015: 32-39; Gonzalez, Trehan ve Kamel, 2016: 1-8; Taşkın, 2016: 325-340; Rathfisch, 2017: 378-394).

Aktif faz; servikal efesmanın %100 olduğunda ve dilatasyonun 4cm ulaştığında başlayan aktif faz, dilatasyon 7cm'e ulaştığında sonlanır. Bu fazda fetusun prezente olan kısmının inişi artar. Orta şiddette başlayan uterus kontraksiyonları artarak devam eder ve gebeler dışarı ile iletişim kurmakta zorlanır. Kontraksiyonlar 3-5 dk da bir gelip 40-60 sn süren aralıklarda görülür. Gebe kontraksiyonları bel, karın alt kısmı, kasık ve bacaklarda hissetmeye başlar. Bu fazın ortalama süresi nulliparlarda 3 saat, multiparlarda 2 saattir. Bu fazdaki servikal dilatasyonun saatlik hızı nulliparlarda 1.2cm, multiparlarda 1.5cm'dir (Acavut ve Güvenç, 2020: 125-130; Durmaz, 2018: 16-24; Güner ve Kavlak, 2016: 73-409; Rathfisch, 2015: 306-317; Taşkın, 2016: 325-340; Linder vd. 2017: 90-2016).

Geçiş fazı; servikal dilatasyon 8cm olduğunda başlayan geçiş fazı dilatasyon 10cm olduğunda sonlanır. Birinci evrenin son fazıdır ve gebeye en çok rahatsızlık veren evredir. Prezente kısım doğum kanalında ilerlemeye devam eder ve +2 ile +3 seviyesinde olur. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip yaklaşık 60-90sn sürmektedir, bu kontraksiyonların

şiddeti kadınlar tarafından çok iyi hissedilir. Bu fazın en yüksek süresi nulliparlarda 3 saat, multiparlarda 1 saattir. Bu fazda gebelerle iletişim çok zordur, ağrıları bel ve perine bölgesinde hissetmeye başlarlar (Acavut ve Güvenç, 2020: 125-130; Ponser vd. 2014: 101-118; Taşkın, 2016: 325-340; Rathfisch, 2017: 378-394; Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019: 410-429).

2.1.1.1. Doğum birinci evresinde ebeler bakım

Doğum sürecinde verilen bakım ve uygulamalar gebelerin doğum deneyimini etkilemektedir. Ebelerin kanıta dayalı bakım uygulamalarında bulunması, hastanede rutin olarak uygulanan standart bakımları azaltır. Bu sayede olumlu doğum deneyimleri yaşanabilir (Başgöl ve Beji, 2015: 32-39; Hildingsson, Karström ve Larsson, 2021: 255-261). 2021 yılında Çin’de 4192 kadın ile yapılan bir çalışmada, ebe liderliğindeki doğumlarda kadınların deneyimi ve memnuniyeti ölçülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların genel olarak ebe liderliğindeki doğumlardan yüksek düzeyde memnuniyet duydukları bildirilmiştir (Liu vd. 2021: 1-10). Andalus üniversitesinde 2021 yılında doğum topu kullanan ve kullanmayan gebelerin kıyaslandığı randomize kontrollü bir çalışmada, doğum topu kullanan gebelerin doğum ağrısının azaldığı ve doğumun birinci evresinin hızlandırdığı bildirmiştir (Ulfa, 2021: 418-430). Eylemde düşük riskli gebelerin oral beslenmesine izin verilmesi, eğer oral olarak beslenemiyorsa IV sıvı desteği verilmesi, gebenin tercih ettiği pozisyonda bulunması ve mobilizasyon için desteklenmesi, ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemler kullanılması, Non Stress Test (NST)’nin sürekli olması yerine aralıklı olarak fetal kalp sesleri dinlenmesi ve sürekli doğum desteğinin verilmesi vajinal doğum oranlarını artırabilir ve doğum memnuniyetini yükseltebilir (Başgöl ve Beji, 2015: 32-39; Stjernholm vd. 2021: 582-823; DSÖ, 2020).

Ebe doğum eylemini yönetebilmeli, ebeliğin bakım ve girişimlerinde bulunmalıdır. Aynı zamanda mahremiyeti sağlamalı, gebe ile iş birliği içinde olmalı ve iyi bir ilişki kurmalı, doğumda hazır bulunmalı, doğum süreci boyunca gebeye destek olmalıdır (Sosa, Crozier ve Stockl, 2018: 230-239; DSÖ, 2020).

2.1.2. Doğumun ikinci evresi

Servikal dilatasyonun 10cm olması ile başlayan bu evre fetusun ekspulsiyonu ile sona erer. İkinci evre maternal ve fetal etkenlerden etkilense de bu evre nullipar gebelerde ortalama 30dk ile 2 saat sürerken multipar gebelerde bu süre 5-30dk sürmesi beklenmektedir.

Uterus kontraksiyonları 1,5-2dk da bir gelip yaklaşık 60-90sn sürmektedir. Sık ve düzenli uterus kontraksiyonları sayesinde fetüsün aşağı inmesi hızlanır ve böylece fetüs rektuma bası yapmaya başlar. Bu bası sayesinde kadında ıkınma hissini uyandırır. Böylece ıkınma isteği kendiliğinden meydana gelmiş olur. Bu evrenin 2 saatten uzun sürmesi fetal ve maternal risk oluşturur (Aune vd. 2015: 7-721; Acavut ve Güvenç, 2020: 125-130; Çapar, 2019; Menon vd. 2016: 60-535; WHO, 2018; Olza vd. 2018: 20-347).

2.1.2.1. Doğumun ikinci evresinde ebelik bakım

Ebenin doğum sırasında gebeye bakım vermesindeki hedef; annelik rolüne geçişini kolaylaştırmak, doğum yapan kadına eylem sürecinde yardımcı olmak, olumlu doğum deneyimi yaşamasına yardımcı olmak, duygusal gereksinimini karşılamak ve rahatını sağlamaktır (Gökçek, 2022: 93-99). Ebe doğum sürecinde gebeyi pozisyon alması ve ıkınma becerileri için destekler, perine de oluşabilecek yırtıkların azalmasına yardımcı olur, gerekli gördüğünde epizyotomi açarak doğumu gerçekleştirir ve yenidoğana bakım uygular (Bayram, 2009: 104-111). DSÖ, gebelik döneminde, doğum ve doğum sonu dönemde komplikasyonlar nedeniyle yaşanan ölümlerin son 20 yılda %38 azaldığını bildirmiştir. Komplikasyonların azalmasında yapılan ebelik bakımları ve yapılan girişimler önemli rol oynamaktadır (DSÖ, 2017). Doğumun ebeler tarafından yönetildiği bir çalışmada, indüksiyonun daha az kullanıldığı, perine yırtıklarının az olduğu ve epizyotominin daha az olduğu bildirilmiştir. Kadınları diz çökme pozisyonunda doğuma yönlendiren ebelerin anal sfinkter yaralamalarını da azalttığı bildirilmiştir (Tunesveit vd. 2018: 264-272).

Bu evrede doğum yapan annenin perinatal travma yaşanmaması için, ıkınma tekniğini doğru kullanmasını sağlanarak bebeğini itmesini destekler ve doğumu kolaylaştırır. Perinatal travmayı önlemeye yönelik müdahaleler araştırıldığında; perineye sıcak kompres uygulandığı, doğum öncesinde perineye masaj uygulamalarının doğum esnasında perine hasarını azalttığı ve doğum esnasında sırtüstü pozisyona karşın oturma pozisyonlarının uygulanmasının daha az epizyotomi gerçekleşmesine neden olduğu görülmüştür (Magoga vd. 2019: 93-98; Vieira vd. 2018: 18-25).

2.1.3. Doğumun üçüncü evresi

Doğumun üçüncü evresi bebeğin dünyaya gelmesi ile başlar ve plasentanın tamamen ayrılması ile son bulur. Plasentanın 5-10 dk içinde ayrılması beklenir. Eğer doğumdan 30 dk sonra plasenta hala doğmadıysa, plasentanın yerleşim bozukluğu (plasenta parkreata, akreta,

inkreta), plasentanin retansiyonunun ve buna bağlı gelişen enfeksiyon ve kanamanın habercisi olabilir. Bu durum önemli bir şekilde değerlendirilir (Acavut ve Güvenç, 2020: 125-130; Başgöl ve Beji, 2015: 32-39; Bal ve Yılmaz, 2017: 43-67; Güner ve Kavlak, 2016: 73-409; Rathfisch, 2017: 378-394; Taşkın, 2016: 325-340).

2.1.3.1. Doğumun üçüncü evresinde ebelik bakımı

Bu evrede ebe doğum sonu uterus kanama kontrolünü sağlamak için doktor gözetiminde uterotonik uygular. Öncelikli olarak oksitosin tercih edilmelidir. Fakat oksitosin alan kadınlar sürekli uterus masajından kaçınılmalıdır (DSÖ, 2018). Anne ve bebek sağlığı açısından göbek kordonunun geç klemplenmemesi önemlidir. Göbek kordonunun geç klemplenmesi ve kesilmesi bebeklerde hemoglobin konsantrasyonlarının ve demir depolarına artırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır (Gomersall vd. 2021: 147; Jeevan vd. 2022: 5448-5478; Mcdonald vd. 2014: 303-397;) 1632 bebeğin dahil edildiği bir çalışmada göbek kordonunun geç kesilmesinin ilk 48-72 saatleri arasında ölçülen hemoglobin değerleri arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Geç klemplenilen bebeklerin hemoglobin düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Jeevan vd. 2022: 5448-5478). Göbek kordonunun kontrollü bir şekilde çekilmeli ve plasentanin ayrılma belirtileri dikkatli bir şekilde takip edilmelidir. Bir el göbek kordonunu yukarı çekerken diğer el alt abdomende olması gerekmektedir. Ebe uterus inversiyonu, ağrı ve hemoraji açısından dikkat etmelidir (Güngör ve Rathfisch, 2009: 56-65).

2.1.4. Doğumun dördüncü evresi

Doğumun dördüncü evresi plasentanin doğumu ile başlayıp doğumdan sonra ki ilk dört saati kapsamaktadır. Bu evreye kanama kontrol evresi de denilebilir. Bu evrede doğumdan sonra oluşan epizyotomi ve laserasyon onarımı yapılır (Aune vd. 2015: 7-721; Taşkın, 2016: 325-340, Olza vd. 2018: 20-347; Hosseini vd. 2020: 8-1233). Vajinal olarak gerçekleşen doğumlarda yaklaşık 250-500ml kan kaybı yaşanabilmektedir. Kan kaybına bağlı annede diastolik ve sistolik kan basınca düşme, taşikardi görülebilir (Rathfisch, 2015: 306-317; Taşkın, 2016: 325-340; Sağlık Bakanlığı, 2018). Uterus, kontraksiyonlar devam ederken abdomenin ortasına yerleşir. Fundus umlikus ile simfisis pubis arasındadır. (Begley vd. 2019: 2; Durmaz, 2018: 1-36; Çakırer vd. 2019: 46-237; Linder vd. 2017: 90-286, Udum, 2017: 75-269; Tosun, 2019).

2.1.4.1. Doğum eyleminin dördüncü evresinde ebelik bakımı

Ebe bu dönemde çok dikkatli olmalı, kadının risk durumlarını saptamalı ve fiziksel değerlendirmeyi iyi yapmalıdır. Kanama kontrolü takibi için doğum yaptıran ebeğin postpartum dönemde de bakıma devam etmesi önemlidir. Kanama takibi ve yaşam bulguları ilk 1-2. saatlerde 15dk da bir, 2-4. saatlerde 30dk da bir, 4-6. saatlerde saatte bir kontrol edilip kaydedilir, annenin laboratuvar testleri, eğitimleri ve bakımları yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Doğum sonu dönemde atoni kanamalarının en önemli sebeplerinde olan mesanenin dolu olması ve idrar çıkışı açısından dikkat edilmeli ve ebelik desteğinin verilmesi önemlidir. Anneye idrarını yapması için yönlendirilir (Begley vd. 2019: 2; Durmaz, 2018: 1-36; Çakırer vd. 2019: 46-237) Bu evrede emzirmenin teşvik edilmesi ve başlaması, vajina değerlendirmesinin yapılması, kanama takibinin yapılması, epizyotomi varlığında yaranın gözlemlenmesi anne için hayati önem taşıyan ebelik bakım uygulamalarıdır. DSÖ sağlıklı olarak doğan bebeğin ve doğumdan sonra da herhangi bir komplikasyonunun olmaması halinde yenidoğanın hipotermisinin önlenmesi, emzirmeyi teşvik etmek ve bağlanmanın sağlanması için doğumdan sonraki ilk bir saat içinde, anne ve bebeğin ten tene temasının başlatılmasını önermektedir (Esencan vd. 2022: 100-515; WHO, 2018).

Bu evrede, annenin psikolojik ve fiziksel durumu normale dönmeye başlar. Annenin doğumda yaşadığı yorgunluk sebebi ile vücutta titreme görülebilir. Annenin bu evrede beslenmesi ve sıvı alınması desteklenmelidir. İyileşmenin başladığı bu evre anne ve yenidoğan için yeni ilişkilerin kurulduğu, emzirme ve bağlanma açısından en önemli anlarının olduğu, kritik öneme sahip bir süreçtir (Menon vd. 2016: 1080-1087; Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019: 410-429).

2.1.5. Postpartum dönem

Postpartum dönem, doğum sonu dönem veya lohusalık olarak da adlandırılan bu dönemde, kadınlar birçok zorlukla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu dönem 6 hafta sürmektedir. Doğumdan sonra genel olarak toparlanmalı, kendine ve yenidoğana bakım yapabilmeli, yorgunluk ve doğum sonrası ruh hali değişimlerinin yanı sıra sağlık sorunları ile de başa çıkmalıdır (Stuebe vd. 2021: 33-40). Çevik ve Acıbay (2018) sistemik derlemesinde, ebe liderliğinde yapılan postpartum bakımın, bebeğin ve annenin sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Çevik ve Avcıbay, 2018: 37-45). Postpartum dönem, kadının ruhsal ve fiziksel hali değişeceği için kadının çok yönlü olarak

değerlendirilmesi, bakım uygulanması ve maternal fizyolojik sürecin iyi anlaşılması gereken kritik bir dönem olarak bilinir (Başgöl ve Beji, 2015: 32-39).

Mucizevi bir yaşam olayı olarak bilinen doğum, olumlu ve olumsuz deneyimlerle psikolojik sorunları da beraberinde getirebilir (Dekel vd. 2019: 72-78). Bazı kadınlar doğumu olumlu bir deneyim olarak değil de travmatik bir deneyim olarak görmektedir (Pašalić vd. 2018: 265-270). Doğum süreci boyunca yaşanan ağrı, kontrol kaybı, hızlı doğum, doğum sonu kanama gibi nedenler olumsuz doğum deneyimlerine sebep olabilmektedir. Müdahaleli doğum, yetersiz ağrı kesici, uzun ve acı verici doğum deneyimi gebenin doğumu travmatik olarak algılamasına sebep olabilmektedir (Andersen vd. 2012: 1261-1272). Türkmen ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada, vajinal doğum sürecinde müdahale edilen kadınların doğumun travmatik olarak algılanmasına neden olabileceği bildirilmiştir (Türkmen, Dilcen ve Akin, 2020: 779-788). Bir diğer çalışmada ise ilk doğumu travmatik olarak sonuçlanan annelerin bir sonraki doğumlarını sezaryen ya da evde doğuma yönlendirdiği bildirilmiştir (Holopainen vd. 2020: 488-496). Kadınlar doğum sürecinde yaşadığı bu travmatik deneyimler doğum sonu dönemde de kadını olumsuz etkilemektedir (Mucuk ve Özkan, 2021: 218-225).

2.2. Doğum Eylemine Yönelik Girişimler

Anne ve bebek sağlığının tehlikeye girdiğinde doğumun sağlıklı ve güvenli bir şekilde hızlandırmak için uygulanan yöntemlerdir. Doğum tamamen risksiz bir eylem değildir bu yüzden doğum sürecinde riskli durumlar önceden fark edilip müdahaleli doğum eylemine baş vurulmalıdır (ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2015; Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129).

2.2.1. Oksitosin uygulaması

Oksitosin doğumu başlatmak ya da hızlandırmak için gebelere intravenöz yolla verilen kliniklerde sıkça kullanılan bir girişimdir (Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129; Özcan, 2014; Rathfisch, 2018: 209-222; Turan ve Yılmaz, 2019: 102-119). Endojen oksitosinin görevini iyi bir şekilde yerine getirmedğinde doğum eylemi yavaşlayabilir ya da durabilir. Böyle bir durumda doğumu hızlandırmak ya da başlatmak için sentetik oksitosine başvurulabilir. Sentetik oksitosin, doğum anında maternal limbik sistemden salgılanan ve beyne ve vücuda nüfus eden doğal oksitosinden çok daha farklı hareket eder. Annede sürekli bulunması yerine sentetik oksitosin ataklar şeklinde verildiği için meydana getirdiği uterus kontraksiyonları

farklıdır ve bebekte hipoksiye neden olabilir (Rathfisch, 2018). Şahin (2021) oksitosinin emzirme üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, oksitosin alan anneler ilk yarım saatte %56' sının emzirebildiği, oksitosin almayan annelerin ise ilk yarım saatte %80'ninin emzirebildiği bildirilmiştir (Şahin, 2021: 459-468). DSÖ, servikal dilatasyonun 5cm den az olan gebelere doğum sürecini hızlandırmak için oksitosinin uygulanmaması gerektiğini, yararlarının zararlarından fazla olduğu uygulanması gerektiğini bildirmiştir (DSÖ, 2018).

2.2.2. Amniyotomi uygulaması

Amniyotomi vajinal doğum esnasında istemli olarak amniyotik zarların dışarıdan müdahale ile açılmasıdır (Ekin, 2021). Doğum eyleminin süresinin kısaltılması, kasılmaların oluşması, amniyon sıvısında mekonyum varlığının değerlendirilmesi ve uterus kontraksiyonlarını içeriden de izleyebilmek için uygulanmaktadır (Karakoç, Horasanlı ve Uçtu, 2020: 10-14). DSÖ, doğum sürecindeki gecikmeyi önlemek için yapılan amniyotomiye önermemektedir (DSÖ, 2018). ACOG fetal sağlığın iyi olduğu durumlarda ve doğum eyleminde herhangi bir risk bulunmadığında amniyotomi uygulamasının gerekli olmadığını belirtmiştir (ACOG, 2024). 2020 yılında yapılan 152 doğumun dahil edildiği bir çalışmada amniyotomi uygulamasının doğum süresinin kısaltılmasında etkili olmadığını, analjezi kullanımını ve hastanede kalış süresini uzattığını bildirmiştir (Karakoç, Horasanlı ve Uçtu, 2020: 10-14).

2.2.3. Forseps ve vakum uygulaması

Forseps ve vakum uygulaması, doğum sürecinin ikinci evresini kısaltıp doğumu hızlandırmak için kullanılır. Fetüsün doğum kanalındaki ilerleyişi durduğunda, annenin ıkınmasının etkili olmadığı durumlarda, fetal distress varlığında forseps ve vakum kullanılabilir (Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129; Şahin ve Erbil, 2019: 120-130). DSÖ, fetüs başının pelviste ilerleyişinin durduğu durumlarda fetüsün hayatının riske girmemesi amacıyla forseps ve vakum uygulamasını önermiştir (DSÖ, 2018). Memon ve arkadaşlarının primpar doğumlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, spontan primpar doğumlu anneler, vakum uygulanan primpar anneler ile karşılaştırıldığında vakum uygulanan kadınların bir sonraki doğumlarında hemen hemen 5 kat vakum riski ve hemen hemen 3 kat sezaryen olma riskinin bulunduğu bildirilmiştir (Memon vd. 2015: 1080-1087).

2.2.4. Fundal basınç uygulaması

Kristaller manevrası olarak da bilinen fundal basınç, fundusa belli bir açıyla el ayası, dirsek, ön kol ya da kemerle uygulanan basınçtır (Aktaş ve Aydın, 2018: 86-92; Pınar ve Karaçam, 2018: 110-125; Turan ve Yılmaz, 2019: 102-119; DSÖ, 2018). Fetüsün başı doğana kadar, kontraksiyonlar sırasında fundustan doğum kanalına doğru basınç uygulanır. Bu uygulama anne yeterli ıkınmadığı durumlarda ikinci evreyi kısaltmak ve doğumu kolaylaştırmak için uygulanır (Aktaş ve Aydın, 2018: 86-92). DSÖ'nün önermediği bu uygulama gebe de anal sfinkter rüptürü, uterus rüptürü, postpartum kanama, hipotansiyon, karın ağrısı gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir (Aktaş ve Aydın, 2018: 86-92; DSÖ, 2018).

2.2.5. Epizyotomi uygulaması

Epizyotomi, vajinal genişliği artırmak, anal sfinkteri korumak, fetal hipoksiyi önlemek için ikinci evrenin son aşamasında bulbo-kavernoz kasına uygulanan cerrahi insizyondur (Çobanoğlu ve Şedir, 2019: 48-62; Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129; Şahin ve Erbil, 2019: 120-130). Epizyotomi laserasyonları önlemek için yapılsa da rutin epizyotomi uygulamasının laserasyonları azalttığına yönelik net bir çalışma yoktur (Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129). DSÖ, epizyotominin rutin olarak uygulanmasını önermemektedir. Epizyotomi uygulamasının, üçüncü ve dördüncü derece laserasyonlarda artışa neden olduğu aynı zamanda anal sfinkter kas disfonksiyonuna neden olabileceği bildirilmiştir (DSÖ, 2018). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, doğumlarda gerçekleştirilen epizyotomi oranının %65, nulliparlarda ise bu oranın %90' üzerine çıktığı bildirilmiştir (Şahin ve Erbil, 2019: 120-130).

2.3. Travmatik Doğumun Anne Üzerinde Etkisi

Bir bebeğin doğumu kadınlar için kritik ve potansiyel olarak stresli bir deneyimdir ve hem bireysel hem de kişilerarası düzeyde çeşitli değişikliklere yol açmaktadır (Molgora ve Accordini, 2020: 155-567). Elektronik fetal monitörizasyon, fundal basınç, vakum-forseps uygulaması, indüksiyon ve epizyotomi gibi doğum sürecinde yapılan uygulamalar artış göstermiştir. Doğum riskli bir eylem olarak algılanmış ve doğumun hastane ortamında gerçekleştirilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Doğumların hastanede gerçekleştirilmesi, anne ve bebek etkileşimini geciktirmektedir. Ayrıca maliyetin artmasına da sebep olmaktadır (Şahin ve Erbil, 2019: 120-130). Doğum eyleminde yapılan uygulamalar annede kısa ve

uzun vadede birçok etki yaratmaktadır. Gerekli durumlarda doğumda müdahale edilmesi anne sağlığı için hayati öneme sahiptir. Fakat doğumda yapılan müdahaleler doğumu doğal olmaktan çıkarmaktadır (Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129). Negatif ve travmatik bir doğum deneyimi negatif doğum algısına sebep olmaktadır. Bu durum gebeleri planlı sezaryen doğuma yönlendirmektedir. Sezaryen doğumlarındaki artışın kadınların vajinal doğumdaki negatif düşüncelerin önemli bir etkisi vardır. Doğum eylemi süresince kadınların doğumla ilgili algıları, bunları yorumlamaları ve tanımları farklılık göstermektedir. Olumsuz bir şekilde geçen doğum süreci kadınlar tarafından travmatik olarak tanımlanabilmektedir (İsbir ve İnci, 2016: 29-40; Serçekuş ve Okumuş, 2009: 155-162; Waldenström, Hildingsson ve Ryding, 2006:638-646; Yaman ve Gök, 2020: 2-5).

Anne ve yenidoğan açısından herhangi bir risk bulunmuyorsa doğum sürecinde yapılan müdahalelerden kaçınılmalıdır. Doğumun doğal olmasına ve kadının isteklerine saygı duyulmalıdır (Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129). Doğum sürecinde uygulanan müdahalelerin azalması ile birlikte doğum sırasında verilen bakımın kalitesinin artmasını, daha güvenli doğumların gerçekleşmesini ve doğumların daha az travmatize olmasını sağlayabilmektedir. (Erenel ve Çiçek, 2018: 123-129; Pazandeh vd. 2017: 63-70).

2.4. Kişi Merkezli Annelik Bakımı

Kişi Merkezli Annelik Bakımı (KMAB), DSÖ tarafından önerilen ve saygılı annelik bakımı uygulamalarını da içeren bakımdır. Bu bakım, kadınların saygınlığının ve mahremiyetinin korunmasına yardımcı olan, kötü ve zararlı davranışlardan koruyan, doğum salonunda ve doğum anında annenin bilinçli bir şekilde seçim yapmasını sağlayan, bilgilendirilmesine olanak tanıyan, annenin sürekli bakım almasını ifade eden bir anne ve yenidoğan bakımıdır (Bohren, Tunçalp ve Miller, 2020: 113-126; DSÖ, 2018). KMAB, yüksek kaliteli bakımın önemli bir bileşenidir (Gurung vd. 2021: 1-13). Sudhinaraset ve arkadaşları (2021) tarafından KMAB'nın anne ve yenidoğan üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, KMAB'nın anne ve yenidoğanda oluşabilecek komplikasyon riskini azalttığı ve doğumdan sonra aile planlaması kullanımını arttırdığı bildirilmiştir (Sudhinaraset vd. 2021: 5).

Kişi Merkezli Annelik Bakımı, kişi hakları ve etik kaynaklara dayanan kişi merkezli olan bir yaklaşımdır. Annenin tercihini, gereksinimlerini ön plana çıkaran uygulamaları desteklemektedir (Asefa, 2021: 6). Beyaz kurdele ittifakı (BKİ), küresel ve evrensel insan haklarına dayanarak geliştirilen ilk “Saygılı Annelik Bakımı Çerçevesi”, annenin insan

hakları kapsamında bakım almasını desteklemektedir (BKİ, 2011). Khosla ve arkadaşlarının oluşturdukları “İkinci Çerçeve” ise birinci çerçeve ile benzer şekilde uluslararası insan hakları standartlarını, insan hakları belgelerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi ile doğum esnasında kadınlara kötü muameleyi belgelendirmiştir (Khosla vd. 2016: 18-131). Jolivet ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı sistematik bir çalışmada bu iki çerçeve karşılaştırıldığında doğum esnasında saygılı annelik bakımının yedi temel kategorisi ortaya çıkmıştır. Bunlar şöyledir, 1- zarar ve kötü muameleden korunma hakkı; 2- haysiyet ve saygı hakkı; 3- bilgi edinme hakkı, bilgilendirilmiş onam, seçimlere ve tercihlere saygı, mümkün olan her yerde kendi seçtiği refakatçi hakkı dahil; 4- mahremiyet ve gizlilik hakkı; 5- ayrımcılık yapılmaması, eşitlik ve adil bakım hakkı; 6- zamanında sağlık hizmetine ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşma hakkı ve 7- özgürlük, özerklik, kendi kaderini tayin hakkı ve baskıdan korunma hakkıdır. Kişi Merkezli Annelik Bakımının kadınların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı bakım olarak tanımlanıyor ve saygılı anneliğin kategorilerini kapsamaktadır (AWR, 2011, Khosla vd. 2016: 18-131; Jolivet vd. 2021: 1-15).

ICM normal doğum sürecinde aşağıda belirtilen bakım önerileri bulunmaktadır (ICM, 2017):

- Doğumda kadınların ve ailelerinin doğumun nasıl olması gerektiği konusunda bilinçli seçim yapmalarını sağlamak, kadın ve ailesine doğumun normal bir yaşam süreci olduğunu anlaşılması için teşvik etmek.
- Gebelik ve doğumun normal fizyolojik süreçlerini geliştiren ve aynı zamanda, psikolojik, sosyal, manevi ve kültürel yönlerini destekleyen uygulamaları teşvik etmek.
- Doğum sırasında gereksiz müdahalelerin yapılmasını önlemek adına önlemler almak
- Anne ve yenidoğan sağlık hizmeti verenler ve siyasetçiler arasında normal doğum konusunda uzman bilgi ve becerilerini teşvik etmek.
- Kadınların gereksiz ve potansiyel olarak zararlı müdahaleler olmadan doğum yapmasını desteklemek, amacıyla tüm anne ve yenidoğana sağlık hizmeti verenlere güvenlerini oluşturmak amacıyla normal doğum konusunda işbirlikçi eğitim fırsatı yaratmak.
- Kadınların ve yenidoğanların ihtiyaçlarını destekleyen sağlık kaynaklarının adil olarak tahsisini savunmak.

- Teknoloji kullanımı da dahil olmak üzere hayat kurtaran becerileri zamanında ve uygun bir şekilde anlamak ve uygulamak.
- Aşağıdaki kriterler doğrultusunda ve teknolojinin etik kullanımı kapsamında teknoloji ilkeleri:
 - Anne ve bebeğinin sağlığına yönelik, teknoloji kullanımıyla müdahale edilerek ortadan kaldırılması veya en aza indirilebilecek açık ve mevcut bir tehlikenin bulunması.
 - Teknoloji kullanımının yararları anneye veya bebeğe veya her ikisine yönelik risklerden daha fazla olduğunda.
 - Ebe, kadın ve aile teknolojinin nasıl çalıştığını ve neden müdahale gerektiğini tam olarak anladığında.
 - Kadına önerilen teknoloji kullanımı ve müdahaleler hakkında tam ve anlaşılır bilgi verildiğinde, kadın bilinçli karar verebildiğinde.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, Afulani ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kişi Merkezli Annelik Bakımı Ölçeği Kısa Versiyonu'nun Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik tipte bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

3.1.1. Araştırmanın soruları

- Kişi merkezli annelik bakımı ölçeği geçerli bir ölçüm aracı mıdır?
- Kişi merkezli annelik bakımı ölçeği güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

3.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmadaki bağımlı değişkenler KMABÖ' den alınan puanlar oluşturdu, bağımsız değişkenleri ise annelerin tanıtıcı bilgilerinin yer aldığı değişkenler oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 1 Ocak 2023-15 Haziran 2023 tarihleri arasında Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 1 No'lu, 2 No'lu, 8 No'lu, 14 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde ve 97 No'lu Aile Hekimliğinde de yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran, doğumdan sonraki ilk 8 hafta içerisinde olan anneler oluşturmaktadır. Örneklemi ise ölçek maddelerinin 5 ve 10 katı gerekliliğine dayanarak (Esin, 2014: 226; Çapık vd. 2018: 118) 130 anne ile oluşturdu.

3.4.1. Örneklemeye dahil edilme kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Annenin normal doğum yapması,
- Doğumdan sonra ilk 8 haftanın içinde olması,
- Hastanede doğum yapmış olması,
- Okur-yazar olması,

- Araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

3.4.2.Örnekleme dahil edilmeme kriterleri

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- İletişim problemlerinin,
- Olması, ölü doğum yapmış olması,
- Psikolojik sorunlarının olmasıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma veriler, “Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “KMABÖ” ile toplandı (EK-1, EK-2).

3.5.1. Anneleri tanıtıcı bilgi formu

Anneleri tanıtıcı bilgi formu, annelerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, isteyerek gebe kalması, gebelik sürecinin nasıl geçtiği, gebelik, gebelik sürecinde yaşanan sorunlar, kaçınıcı doğum olduğu, ilk doğumunu kaç yaşında yaptığı, kaçınıcı haftasında doğum yaptığı, doğuma hazırlık kursu alıp almadığı, hastanede kaç saat kaldığı, doğumunda kimin bakım verdiği ve doğumu kimin yaptırdığı, doğuma kimin karar verdiğini içeren 17 soru soruldu (Ünsal ve Ergül, 2010: 8) (EK-1).

3.5.2. Kişi merkezli annelik bakım ölçeği kısa versiyonu

Kişi merkezli annelik bakım ölçeği kısa versiyonu Afulani ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir. Orijinal ölçek 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4’lü likert tipte olup, “hayır, asla” 0, “evet, birkaç kez” 1, “evet, çoğu zaman” 2, “evet, her zaman” 3 şeklinde puanlanmaktadır. Yüksek puan Kişi Merkezli Annelik Bakımının işaret ederken düşük puanlar doğumda Kişi Merkezli Annelik Bakımının olmadığını ya da az olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0.70’ ten büyük olduğu belirlenmiştir (Afulani vd. 2019: 149). Araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.823 olarak bulundu.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri, Adıyaman ilinde bulunan 1 No'lu, 2 No'lu, 8 No'lu, 14 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerine ve 97 No'lu Aile Hekimliğine başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve yazılı onamları alınan anneler ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Ölçek güvenilirliğini test etmek amacıyla test-tekrar test yöntemi kullanıldı. Görüşme yapılan annelere 14 gün sonra tekrar anketi doldurmak isteyip istemedikleri soruldu. Bunun sorulmasının nedeni, test-tekrar test yönteminde, iki-dört hafta sonra ölçeğin yeniden uygulanması önerilmektedir (Avcı, 2017: 6). Kabul eden annelerin iletişim numaraları alınıp 14 gün sonra için görüşme planlandı. 14 gün sonra anketi doldurmayı kabul eden anneler ile tekrardan iletişime geçilerek anketi tekrar doldurmaları sağlandı.

3.7. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

KMABÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapı geçerliğine ilişkili olarak örneklem büyüklüğünün uygunluğunun değerlendirmek için Kaiser Meyer-Olkin (KMO) analizi yapıldı. İlgili değişkenlerin ilişkilerinin anlamlı olup olmadığını belirleyebilmek için "Barlett's testi" uygulandı. KMABÖ, KMO değeri incelendiğinde 0.822 olduğu ve Barlett's testinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). Araştırmanın KMO değeri incelendiğinde örneklem yeterli olduğu görülmektedir. Barlett's testi incelendiğinde testin anlamlı olduğu maddeler arasında ilişki olduğunu bu durumun faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.2).

KMABÖ'nün faktörünün belirlenebilmesi için açıklanan varyans analizi yapıldı. Ölçeğin öz değer ve açıklanan varyans değerleri Tablo 4.2.3'de bulunmaktadır. Ölçeğin öz değeri 2.16 olup 1'den büyük olup kabul edilebilir değer aralığında bulunmaktadır. KMABÖ, yedi faktörden oluşmakta açıklanan varyansın %50.83'ünü açıklamaktadır. Faktör sayısını belirlemek için Scree Plot grafiği incelendi (Seçer, 2017: 168). Scree Plot grafiği (Şekil 4.1) incelendiğinde eğimin ikinci faktörden sonra düzleşmeye başladığı görülmektedir. Bu durum faktörlerin varyansa yeterli katkısı olmadığını göstermektedir (Çokluk vd. 2010: 180). Grafik incelemesi sonucunda ölçeğin iki faktörlü yapısının uygun olduğu görülmektedir.

Faktör analizinde yük değeri 0.30'un altında olan madde bulunmamaktadır (Seçer, 2017: 168). Faktör analizi yapıldıktan sonra her bir faktörde yer alan sorular araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Değerlendirmeler sonucunda Faktör 1 "Saygılı/Destekleyici bakım" ve Faktör 2 "Özerklik/İletişim" olarak adlandırılmıştır. Toplam madde korelasyonu

incelendiğinde maddelerin faktör yük değerlerinin 0.30 üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu durumda yapının uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.4).

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmaya bebeğini kaybeden ya da ölü doğum yapan kadınlar dahil edilmedi. Bunun nedeni bebeğini kaybeden kadınların yaşadıkları yasın, doğum sürecinde yaşadıkları olumlu ya da olumsuz deneyimleri etkileyebilecekleri düşünüldü.

Kadınların doğum sürecinde aldıklarını sağlık hizmetini değerlendirmek amacıyla 13 maddeden oluşan KMABÖ kısa versiyonu ilk kez Türk diline uyarlandı.

3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlıkları

Araştırma, normal doğum yapmış ve doğumdan sonraki ilk 8 hafta içinde olan anneler ile sınırlıydı. 6 Şubat 2023 yılında yaşanan depremde dolayı verilerin toplanması ve kadınlara ulaşmakta zorluklar yaşandı. ASM'lerin birbirine uzak olması ve anne başvuruların az olması karşılaşılan güçlükler arasındaydı.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

“Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği Kısa Versiyonu’nun Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” için ölçeğin geliştiren yazarlar ile iletişime geçilerek, ölçeğin Türkçe uyarlaması için izin alındı (EK-3). Araştırmaya başlamadan önce Adıyaman’da bulunan ASM’lerde veri toplamak için Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındı (EK-4). Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 06/10/2022 tarih ve 2022/7-10 sayılı izin alındı (EK-4). Araştırmaya dahil edilen annelerden yazılı olarak Gönüllü Onam Formu alındı. Araştırma Helsinki kriterlerine uygun olarak yürütüldü.

3.11. Geçerlik ve Güvenirlikte Kullanılan Yöntemler

3.11.1. Planlama aşaması

Soruların açık ve anlaşılabilir olduğunu değerlendirmek amacıyla 1 Aralık 2022 ve 30 Aralık 2022 tarihleri arasında pilot uygulama yapıldı.

1 Ocak 2023- 15 Haziran 2023 tarihleri arasında veriler toplandı. Veri toplamada doğumdan sonra ilk 8 hafta içinde olan anneler seçildi. Bu araştırma yapılırken 30 anneye test-tekrar test uygulaması ile 14 gün sonra anketlerin yeniden doldurulması istendi.

1 Temmuz 2023-16 Eylül 2023 tarihleri arasında toplanan veriler SPSS'e yüklendi ve veriler analiz edildi.

30 Eylül 2023-1 Haziran 2024 tarihleri arasında tez yazım aşaması tamamlandı.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik aşamaları Tablo 3.11'de verildi.

Tablo 3.11. Ölçek geçerlik ve güvenirlik aşamaları (N=130)

Psikolinguistik		
- Çeviri		Bir dil uzmanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapıldı
- Geri çeviri		Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi yapıldı.
- Uzman görüşü		Sekiz öğretim üyesi tarafından Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği için uzman görüşü alındı
- Pilot uygulama		10 kadın ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulamada toplanan veriler araştırmaya dahil edilmedi.
Psikometrik		
	Kapsam	Uzman görüş analizi Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ile belirlendi.
- Geçerlik	Yapı	Açıklayıcı Faktör Analizi, Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ile Bartlett Küresellik testi, Doğrulayıcı Faktör Analizi ile değerlendirildi.
	Test tekrar test	Kadınlara, ilk görüşmeden 14 gün sonra tekrar KMABÖ uygulanarak, korelasyon analizi yapıldı.
- Güvenirlik	İç tutarlılık	Cronbach Alfa değeri hesaplandı.

4. BULGULAR

Bu bölümde “Kişi Merkezli Annelik Bakımı Ölçeği Kısa Versiyonu”nun geçerlik ve güvenilirliği değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, aşağıda belirtilen başlıklar altında sunuldu.

4.1. Annelere Ait Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınlara ait tanıtıcı bilgilere yer verildi. Annelerin sosyo- demografik özellikleri ve obstetrik-jinekolojik özelliklerinin bulguları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=130)

Değişkenler		ORT±SS	
Yaş		28.4±5.56	
		n	%
Doğum sonrası hafta	1-4. hafta	38	23.2
	5-8. hafta	92	70.8
Medeni durum	Evli	130	100
	Bekar	0	0
Eğitim durumu	İlköğretim	24	18.5
	Ortaöğretim	31	19.2
	Lise	32	25.4
	Lisans ve üstü	43	44.6
Çalışma durumu	Evet	31	23.8
	Hayır	99	76.2
İsteyerek gebe kalma	Evet	104	80.0
	Hayır	26	20.0
Gebelik süreci nasıl geçti	Stresli	59	45.4
	Rahat	59	45.4
	Korkulu	12	9.2

Tablo 4.1. kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 28.4±5.56 olduğu belirlendi. Kadınların %23.2’si 1-4. haftada, %70’i 5-8. haftada doğum sonrası haftada olduğu, hepsinin evli olduğu belirlendi. Kadınların yaklaşık dörtte biri (%25.4) lise, % 44.6’sı lisans ve üstü eğitim aldığı tespit edildi. Çalışma durumlarına bakıldığında %76.2’si çalışmamakta saptandı. Annelerin %80’i isteyerek gebe kalırken %45.4’ü gebelik sürecini stresli geçirdiği

belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. *Kadınlara ait obstetrik ve jinekolojik özelliklerin dağılımı (N=130)*

Değişkenler		n	%
İsteyerek gebe kalma	Evet	104	80.0
	Hayır	26	20.0
Gebelik süreci nasıl geçti	Stresli	59	45.4
	Rahat	59	45.4
	Korkulu	12	9.2
Gebelik süresince sorun yaşama durumu	Evet	32	24.6
	Hayır	98	75.4
Cevabınız evet ise yaşanan sorun	Bulantı-kusma	6	12.3
	Enfeksiyon-Düşük riski	9	14,6
Gebelik sayısı	1	49	37.7
	2	34	26.2
	3	21	16.2
	4 ve üzeri	26	19.9
Kaçınıcı doğum	1	56	43.1
	2	35	26.9
	3	23	17.7
	4 ve üzeri	16	12.3
İlk doğum yapılan yaş	20 yaş altı	33	25.4
	20-25 yaş	56	43.0
	25-30 yaş ve üzeri	41	31.6
Doğum yapılan hafta	37 hafta ve altı	15	11.6
	38. hafta	36	27.7
	39. hafta	38	29.2
	40. hafta	31	23.8
	41. hafta	10	7.7
Doğuma hazırlık kursu alma durumu	Evet	10	7.7
	Hayır	120	92.3
Doğum süresince destek olan kişi	Doktor	2	1.5
	Ebe	128	98.5
Doğumu yaptıran kişi	Doktor	6	4.6
	Ebe	124	95.4

Tablo 4.2. kadınlara ait obstetrik ve jinekolojik özelliklerin dağılımını vermektedir. Gebelikte döneminde kadınların % 24.6'sı sorun yaşarken % 14.6'ü bulantı-kusma ve düşük riski yaşadığı belirlendi. Kadınların %12.3'ü dört ve üzeri doğum yaparken, % 25.4'ü 20 yaş altı doğum yaparken %43.0'ı 20-25 yaş aralığında doğum yaptığı belirlendi. Doğum yapılan hafta %11.6'sı 37 hafta ve altı, %7.7'si 41. Haftada, %59.2'si hastanede doğum yaptığı,

kadınların sadece %7.7'si doğum kursuna katıldığı belirlendi. Doğum süresince kadınların büyük çoğunluğuna (%97.7) ebeler yardımcı olurken yine doğum yaptırmada çoğunlukla (%95.4) ebelerin yaptırdığı saptandı (Tablo 4.2).

4.2. Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin Geçerlilik Bulguları

Bu bölümde, Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin geçerlilik analizleri kapsamında, uzman görüşleri, Kaiser–Meyer–Olkin (KMO), Bartlett Küresellik testi ve yer almaktadır. KMABÖ'nün kapsam geçerliliğini belirlemek amacıyla 8 uzman görüşü alındı. Kapsam geçerliliği değerlendirilmesinde uzman görüşleri doğrultusunda Davis tekniği kullanıldı.

Tablo 4.2.1. KMAB ölçeği 13 maddeye ait kapsam geçerlilik indeksleri (KGI)(N=130)

Madde sayısı	Uygun değil	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun ancak ufak değişiklikler gerekir	Çok uygun	Madde bazında Kapsam Geçerlilik İndeksi
Madde 1			4	4	1.00
Madde 2		1	5	2	0.875
Madde 3		1	4	3	0.875
Madde 4		3		5	0.625
Madde 5		1	3	4	0.875
Madde 6		1	3	4	0.875
Madde 7		3		5	0.625
Madde 8		2	3	3	0.750
Madde 9			2	6	1.00
Madde 10		1	2	5	0.875
Madde 11		1	1	6	0.875
Madde 12		1	1	6	0.875
Madde 13		1	2	5	0.875
Ölçek Bazında Kapsam Geçerlilik İndeksi					0.846

Kapsam geçerliliği uzmanlar tarafından belirlenen KMABÖ'ne ait maddelerin KGI indeksleri Tablo 4.2.1'de verildi. Ölçeğin KGI değerinin 0.846 olduğu bulundu. Bütün maddeler 0,80'nin üzerinde olduğu belirlendi ve ölçekten madde çıkarılmadı.

Tablo 4.2.2. KMABÖ, KMO ve Barlett's testi değerleri (N=130)

Kaiser Meyer-Olkin (KMO)		0.822
	Ki-kare	745.421
Barlett's Küresellik Testi	Serbestlik derecesi	78
	p	0.000

p< 0.001 X^2 : Ki-Kare

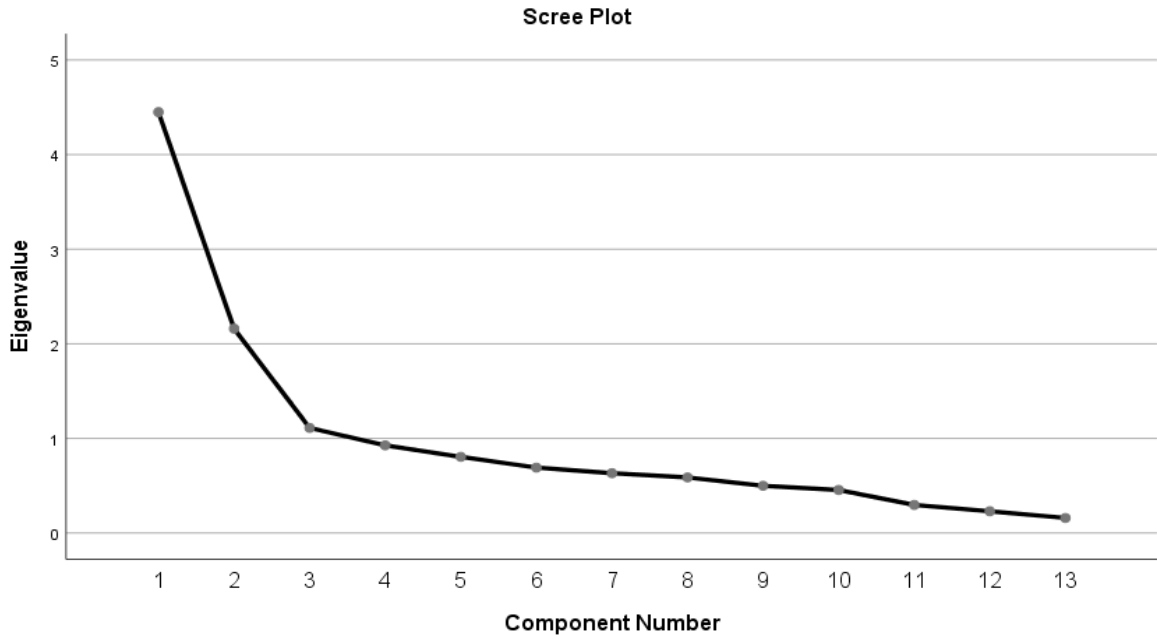
KMABÖ'nün Türkçe yapı geçerliliğine ilişkin olarak örneklem büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için "Kaiser Meyer-Olkin (KMO)" analiz yapıldı. Bu analiz Tablo 4.2.2'de verildi. İlgili değişkenlerin ilişkilerinin anlamlı olup olmadığını belirleyebilmek için "Barlett's testi" uygulandı.

KMABÖ'nün KMO değeri incelendiğinde; değerin 0.822 olduğu ve Barlett's testinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Bu araştırmanın KMO değeri incelendiğinde örneklemin yeterli olduğu görüldü. Barlett's testi incelendiğinde testin anlamlı olduğu maddeler arasında ilişki olduğunu bu durumun faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. KMABÖ'nün açıklanan varyans ve özdeğere ilişkin bulgular (N=130)

Faktör	Özdeğer	Varyans (%)	Kümülatif varyans
1	4.44	34.22	34.22
2	2.16	16.61	50.83

KMABÖ'nün faktör sayısının belirlenebilmesi için açıklanan varyans analizi yapıldı. Ölçeğin öz değer ve açıklanan varyans değerleri Tablo 4.2.3'de bulunmaktadır. Ölçeğin öz değeri 2.16 olduğu ve 1'den büyük olup, kabul edilebilir değer aralığında bulunduğu belirlendi. KMABÖ'nün, iki faktörden oluştuğu, faktör 1'in toplam yapının % 34.22'sini, faktör 2'nin toplam yapının %16.61'ni açıkladığı saptandı. Ölçeğin toplam varyansının %50.83'ünü açıkladığı belirlendi (Tablo 4.2.3).



Şekil 4.1. AFA yamaç eğim grafiği

KMABÖ'nün faktör sayısını belirlemek için Scree Plot grafiği incelendi (Şekil 4.1). Scree Plot grafiği incelendiğinde eğimin ikinci faktörden sonra düzleşmeye başladığı görülmektedir. Grafik incelemesi sonucunda ölçeğin iki faktörlü yapısının uygun olduğu görüldü (Seçer, 2017: 168).

Tablo 4.2.4. BOAÖ faktör yük dağılımı (N=130)

	Faktör 1	Faktör 2	Toplam madde korelasyonu
BOAÖ 13	0.877		0.837
BOAÖ 2	0.849		0.737
BOAÖ 3	0.838		0.722
BOAÖ 10	0.829		0.708
BOAÖ 12	0.799		0.680
BOAÖ 4	0.430		0.358
BOAÖ 9		0.766	0.613
BOAÖ 8		0.705	0.505
BOAÖ 7		0.657	0.460
BOAÖ 11		0.576	0.479
BOAÖ 5		0.532	0.384

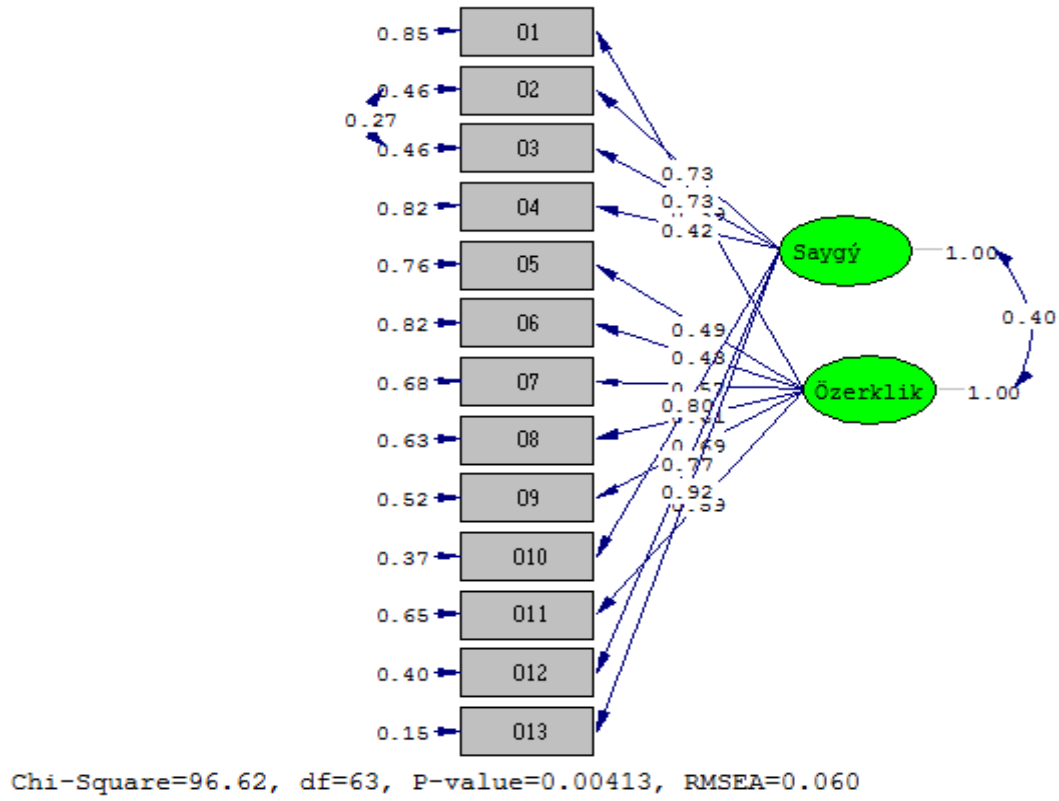
BOAÖ 1	0.495	0.322
BOAÖ 6	0.452	0.351

Faktör analizinde yük değeri 0.30'un altında olan madde bulunmamalıdır (Seçer, 2017: 168). Yapılan faktör analizi sonrası, araştırmacılar tarafından her bir faktörde yer alan sorular incelendi. Değerlendirme sonucunda, Faktör 1 “Saygılı/Destekleyici bakım” (6 madde) ve Faktör 2 “Özerklik/İletişim” (7 madde) olduğu belirlendi. Toplam madde korelasyonu değerlendirildiğinde, maddelerin faktör yük değerlerinin 0.30 üzerinde olduğu bulundu. Bu durum, yapının uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. DFA uyum indeksleri (N=130)

Uyum İndeksi	En iyi uyum İndeksi	Kabul edilebilir uyum indeksi	Modelin uyum değerleri	Uyum
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	1.53	Mükemmel
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.060	Kabul edilebilir
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.92	Kabul edilebilir
NNFI	$0.95 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$	0.96	Mükemmel
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.97	Mükemmel
IFI	$0.90 \leq IFI \leq 1.00$	$0.80 \leq IFI \leq 0.90$	0.97	Mükemmel
RMR	$0.00 \leq RMR \leq 0.050$	$0.050 \leq RMR \leq 0.080$	0.037	Mükemmel
SRMR	$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.08$	0.071	Kabul edilebilir
GFI	$0.90 \leq GFI \leq 1.00$	$0.85 \leq GFI \leq 0.90$	0.91	Mükemmel
AGFI	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0.87	Kabul edilebilir

Tablo 4.2.5 doğrulayıcı faktör analizini (DFA) göstermektedir. Tablo 4.2.5 incelendiğinde, ölçeğin χ^2/sd uyum indeksinin 1.53, NNFI uyum indeksinin 0.92, CFI uyum indeksinin 0.97, IFI uyum indeksinin 0.97, RMR uyum indeksinin 0.037 ve GFI uyum indeksinin 0.91 olduğu ve bu değerlerinin “mükemmel uyum” değerlerinde olduğu saptandı. RMSEA uyum indeksinin 0.060, NFI uyum indeksinin 0.92, SRMR uyum indeksinin 0.071 ve AGFI uyum indeksinin 0.87 olduğu ve bu değerlerinin “kabul edilebilir uyum” gösterdiği tespit edildi. Yapılan doğrulayıcı faktör analiz sonucunda ölçeğin birçok değerinin uygun değer aralığında olduğu ve bu şartlarda ölçeğin geçerli olduğu bulundu.



Şekil 4.2. KMABÖ'nün faktör yükleri

Şekil 4.2'de görüldüğü üzere modele ilişkin maddelerin her birinin faktör yükleri 0.30 ve üzerinde olduğu bulundu. Ölçekten herhangi bir madde çıkartılmadı.

4.3. Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde ölçeğin güvenirlik analizleri yapıldı. KMABÖ'nün test-tekrar test geçerliği için 14 gün sonra tekrar test uygulandı.

Tablo 4.3.1. Test-tekrar test korelasyon sonuçları (N=30)

Değişkenler	r	p
Öncesi		
Sonrası	0,876	0,000

p< 0,000

Kadınlara uygulanan test-tekrar test analizleri Tablo 4.3.1’de verildi. KMABÖ’nün test-tekrar test sonucu korelasyon değerinin 0.876 olduğu sorulara verilen cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görüldü ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2. *Kişi merkezli annelik bakım ölçeğinin cronbach alpha değerleri (N=130)*

Ölçek	Cronbach Alpha Katsayısı
Kişi merkezli annelik bakım ölçeği	0.823
Saygılı/destekleyici bakım	0.858
Özerklik/iletişim	0.718

Tablo 4.3.2’de verilen KMAÖ’nün 13 maddelik Cronbach Alpha değerinin 0.823 olduğu belirlendi. Bu değer ölçeğin iç tutarlılık katsayısının güçlü olduğu saptandı. Ölçeğin alt boyut Cronbach Alpha değerlerinin sırasıyla 0.858 (Saygı/Destekleyici bakım) ve 0.718 (Özerklik/İletişim) olduğu bulundu. Bu değerler ölçeğin iç tutarlılığının uygun olduğunu gösterdiği saptandı.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği kısa versiyonunun yapı analizler doğrultusunda sonuç tartışma ve öneriler başlıkları yer almaktadır.

5.1. SONUÇ

KMABÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirliğin incelendiği araştırma sonucunda;

- KMABÖ dil ve kapsam geçerliği yapıldı.
- KGİ değerleri incelendiğinde bütün maddeler 0.80 ve üzeri puan aldıkları görüldü.
- KMABÖ yapı geçerliğine ilişkin örneklem büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek adına KMO analizi yapıldı. KMO değerinin 0.822 olduğu bulundu ve örneklem sayısının yeterli olduğu saptandı.
- Ölçekte bulunan verilerin ilişkilerinin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett's testi uygulandı. Barlett's testinin sonucunda verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.000$).
- Ölçek yapı geçerliliği kapsamında açıklayıcı faktör analizi yapıldı. AFA değerleri ölçeğin iki boyutlu olduğunu gösterdi.
- KMABÖ toplam madde korelasyonuna bakıldığında faktör yük değerlerinin 0.30'un üzerinde olduğu bulundu.
- Ölçek maddelerinin her birinin faktör yüküne bakıldığında en yüksek 0.837, en düşük 0.322 olduğu saptandı. 0.30'un üzerinde hesaplanan madde faktör yükleri hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmadığını göstermektedir ve yapının uygun olduğu saptandı.
- Ölçekte doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. RMSEA değeri 0.060, GFI değeri 0.91, CFI değeri 0.97, χ^2 değeri 1.53 ve $p = 0.000$ bulunmuş değerlerin mükemmel uyum değerinde olduğu görüldü.
- KMABÖ güvenirlik aşamasında Cronbach Alpha değerine bakıldı. 13 maddelik Cronbach Alpha değeri 0.823 bulundu ve ölçeğin iç tutarlılığının güçlü olduğunu saptandı. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri, "Saygılı/Destekleyici Bakım" 0.858, "Özerklik/İletişim" 0.718'dir.
- Test-tekrar test güvenirliği hesaplandı. Tekrar test korelasyon sonucu 0.876 bulundu.
- Araştırmanın geçerlik ve güvenirlik analizleri incelendiğinde KMABÖ'nün geçerli ve güvenilir olduğu doğrulandı.

- Kişi merkezli annelik bakımı ölçeği kısa versiyonunun, kadınların doğum sırasında aldıkları bakım hizmetinin değerlendirilmesinde Türk toplumda güvenle kullanılabileceği belirlendi. Ölçeğin, 4'lü likert tipte olup, 2 alt boyut ve toplam 13 maddeden oluştuğu saptandı. Yapılan analizler sonucunda, KMABÖ' nün iki alt boyuttan oluştuğu bulundu. "Saygılı/Destekleyici Bakım" alt boyutunun (2, 3, 4, 10, 12, 13) maddelerini, "Özerklik/iletişim" alt boyutunun ise (1, 5, 6, 7, 8, 9, 11) maddelerinden oluştuğu bulundu. Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 0 iken, en yüksek puanın 52 olduğu belirlendi. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişi merkezli annelik bakımının arttığını göstermektedir.

5.2. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, bulgular üç başlık altında tartışıldı.

- KMABÖ'nün psikolinguistik: dil geçerliliğinin tartışılması.
- KMABÖ'nün geçerlik analizlerinin tartışılması.
- KMABÖ'nün geçerlik analizlerinin tartışılması.

Afulani ve arkadaşları 2017 yılında 30 maddelik KMABÖ geliştirmiştir (Afulani vd. 2017: 1-18). Özşahin ve arkadaşları 2021 yılında 30 maddeden oluşan KMABÖ Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış ve Türk toplumunda geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir (Özşahin vd. 2021: 3211-3222). Afulani ve arkadaşları 2019 yılında KMABÖ' nün kısa versiyonunu oluşturmuş ve 13 maddelik KMABÖ' nü geliştirmiştir (Afulani vd. 2019: 96-109). Bu bağlamda araştırmada, 13 maddelik KMABÖ'nün Türkiye'ye geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı.

5.2.1. KMABÖ'nün psikolinguistik: Dil geçerliliğinin tartışılması

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, başka bir dil ve kültüre uyarlanmak istenen ölçek maddelerinin çevrilmesi aşamasında, kavram farklılıklarının olabilmektedir. Bu durum, ölçekte yapı değişikliklerinin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Bu değişiklikleri azaltmak için, ölçek maddelerinin iyi incelenmesi, çevirinin doğru yapılması ve çevrilen dilin kurallarına ve kültürüne uygun şekilde yapılması gerekmektedir. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, alanyazında önerilen standartlara göre dil çevirisinin yapılması önemlidir (Thammaiah vd. 2016: 5; Almanasreh, Moles ve Chen, 2019: 4). Psikolinguistik dil geçerliliğinde; "çeviri, geri çeviri, uzman görüşü ve pilot uygulama" aşamaları yer

almaktadır (Karaçam, 2019: 4; Thammaiah vd. 2016: 6). Araştırmanın bu aşamalarında aşağıdaki yollar izlendi.

5.2.1.1. Çeviri

Geçerlik ve güvenirliği yapılmak istenen KMABÖ'nün dili İngilizce idi. Ölçeğin başlığı ve maddeleri bir dil uzmanı tarafından İngilizceye çevrildi.

5.2.1.2. Geri çeviri

Ölçek İngilizce'ye çevirisi yapıldıktan sonra anlam kabını ölçebilmek adına bir dil uzmanı tarafından ölçek tekrar İngilizce'ye çevirildi. İngilizceye çevrilen ölçeğin anlam kaybı olmadığı belirlendi. Türkçe dil yapısı kapsamında incelenen ölçek, orijinal ölçek maddelerine uygun olup olmadığı belirlendi.

5.2.1.3. Uzman görüşü

Toplumların belli bir konu çerçevesinde hazırlanan ölçeklerin başka dillere çevrilmesi ve belli bir kültüre uygulanması sürekli yapılan bir uygulamadır. Süreç boyunca ölçeklerin orijinal yapısına uygun olabilmesi için çok dikkatli olunmalıdır. DSÖ uzman görüşünü önermektedir (DSÖ, 2017; Karaçam, 2019: 28-37). Bu nedenle araştırmada, ölçek maddeleri ile ilgili görüşlerini almak amacıyla 8 uzmana ölçeğin orijinali ve çevirisi gönderildi. Bu kapsamda uzmanlardan dil ve içerik açısından maddeleri değerlendirmeleri istendi. Uzman görüşü sonucu yapılan analiz sonuçları Tablo 4.2.1 de verildi. Değerlendirme yapılırken dil ve içerik uygunluğu açısından uygunluk derecesi 1 (uygun değil) ile 4 (Çok Uygun) arasında puanlama yapılması istendi. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçek yeniden düzenlendi.

5.2.1.4. Pilot uygulama

Ölçek maddelerinin toplumumuzda anlaşılır olup olmadığını anlamak amacıyla 1 Aralık 2022-30 Aralık 2022 tarihleri arasında 10 kadın ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamadan elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmedi.

5.2.2. KMABÖ'nün geçerlik analizlerinin tartışılması

Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği'nin kapsam geçerliğini değerlendirmek amacıyla 8 uzmandan görüşleri alındı. Kapsam geçerliği değerlendirilmesinde uzman görüşleri doğrultusunda Davis tekniği kullanıldı. Her uzman ölçek maddelerini Davis tekniğine göre “uygun değil-1”, “biraz uygun-2”, “oldukça uygun-3”, “çok uygun-4” şeklindeki derecelendirme ile değerlendirdi. Uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda her bir madde için verilen puanlar toplanıp uzman sayısına bölünerek KGİ hesaplandı. KGİ değerinin 0.80 ve üzerinde çıkması kapsam geçerliliği için yeterli olarak kabul edilmektedir. KGİ değeri 0.846 olarak belirlendi ve ölçeğin geçerliliğini sağladığı belirlendi. Ölçekte bulunan maddelerdeki KGİ değerlerinin yüksek olmasından dolayı herhangi bir madde ölçekten çıkartılmadı. KMABÖ'nün madde bazında yüksek düzeyde temsil etme gücüne sahip olduğu sonucuna varıldı.

Ölçekten çıkan sonucun ne ile bağlantılı olduğunu açıklamasını sağlayan ve ölçekteki soruların hedeflenen özelliği ne kadar doğru ölçtüğünü açıklayan yapı geçerliliğidir (Akyüz, Ölçeğin orijinalinde $p < 0.05$ olarak hesaplandı ve ölçek istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir. 2018: 186-198). Yapı geçerliliğini ölçmek için en yaygın kullanılan yöntem faktör analizidir (Seçer, 2017: 144). Bu doğrultuda araştırmada, yapı geçerliliğinin doğrulanmasında AFA ve DFA değerleri incelendi. Yapı geçerliliğinin örneklem büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için KMO testi kullanıldı. Ölçekte bulunan maddelerin ilişkilerinin anlamlılık oranlarının ölçülmesi için “Barlett's testi” uygulandı. Bu aşamada bütün maddelerin “örneklem uygunluk ölçütü” kapsamında değerlendirilip elde edilen verilerin istenilen veriler arasında olması gerekmektedir. KMO değerleri, zayıf: 0.50-0.59, orta: 0.60-0.69, iyi: 0.70-0.79, oldukça iyi: 0.80-0.89 mükemmel: 0.90-1.00 ve kabul edilemez: < 0.50 şeklinde yorumlanır. Yapılan ölçüm analizleri doğrultusunda KMO değeri 0.822 çıktı ve uygunluğunun çok iyi olduğu saptandı. Orijinal ölçeğin KMO değerinin Gana'da 0.81, Hindistan'da 0.88 ve Kenya'da 0.85 olarak bildirilmiştir. Bartlett's testi; maddeler arasında ilişki olup olmadığını belirleyebilmek için kullanılmaktadır. Bartlett's testi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Bu çalışmanın KMO değeri bakıldığında elimizde bulunan örneklem sayısının faktör analizine uygunluğunun yeterli olduğu saptandı. Bartlett's testi incelendiğinde maddeler arasında ilişki olduğu bu durumun faktör analizine uygun olduğu saptandı (χ^2 : 745.421, SD:78, p :0.00). Açıklayıcı Faktör Analizi, ölçeğin açıklanan varyans oranını ve ölçek maddelerinin faktör yüklerini değerlendirmek için yapılmaktadır (Öztürk, 2020: 5). Ölçekler faktör katsayılarına göre

değerlendirilerek ölçek maddelerinin alt boyutlarını ve nereye ait oldukları incelenir. Ölçek maddelerinin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan faktör kat sayısının çoğunlukla önerilen değeri 0.30' un üzerinde olmasıdır (Seçer 2017: 168). DFA, faktörler arasındaki ilişkiyi ve daha önce kurulan kuramları test eder (Öztürk, 2020; Esin, 2020). Ölçek geçerliliğine bakıldığında maddelerin faktör analizi yükünün en yüksek 0.837 olduğu ve en düşük faktör analizi yükü 0.322 olarak bulundu. Ölçekte bulunan bütün maddelerin faktör yükünün 0.30 un üzerinde olduğu tespit edildi ve bütün maddelerin gerekli yüke sahip olduğu saptandı. KMABÖ'nün faktörünün belirlenebilmesi için açıklanan varyans analizi uygulandı. Bu ölçeğin öz değeri 2.16 bulundu. 1'den büyük olan bu değer kabul edilebilir değer aralığındadır. Faktör sayısını belirlemek için Scree Plot grafiği incelendi. İncelemeler sonucunda ölçeğin iki faktörlü yapısının uygun olduğu saptandı. Alt boyutlar "Saygılı/Destekleyici Bakım" (madde 2,3,4,10,12,13) ve "Özerklik/İletişim" (madde 1,5,6,7,8,9,11) olarak tespit edildi.

DFA, faktörler arasındaki ilişkiyi ve daha önce kurulan kuramları test eder (Esin, 2020: 220). Araştırmada AFA sonucu bulunan faktörleri doğrulamak ve ölçeğin yapısını test etmek için DFA uygulandı. Bu çalışmada DFA LISRELL programı ile yapıldı. Yapılan açıklayıcı faktör analizinin sonucunda elde edilen verilerin doğrulamak amacıyla analizler yapıldı. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında çalışmadaki çoğu değer uygun değer aralığında olduğu görüldü. χ^2/sd değeri 1.53, NNFI değeri 0.96, CFI değeri 0.97, IFI değeri 0.97, RMR değeri 0.037 ve GFI değeri 0.91 olarak hesaplandı ve mükemmel uyum aralığında olduğu tespit edildi. RMSEA değeri 0.060, NFI değeri 0.92, SRMR değeri 0.071, AGFI değeri 0.87 olarak hesaplandı ve kabul edilebilir uyum aralığında olduğu görüldü (Tablo 4.2.5). Yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar bu şartlarda faktör yükünün doğrulandığını gösterdi. KMABÖ'nün geçerlilik analizleri doğrultusunda Ülkemizde geçerli olduğu görüldü.

5.2.3. KMABÖ'nün güvenilirlik analizlerinin tartışılması

Ölçek uyarlama çalışmalarında, güvenilirlik analizi için ölçeğin zamana göre değişmezliği ve doğruluğu değerlendirilir. Araştırmada, güvenilirlik analizi, test-tekrar test ve cronbach α katsayısının hesaplanması ile test edildi. Bu ölçekte test-tekrar test güvenilirliğine bakıldı. Test-tekrar test yapılmasının amacı aradan geçen zaman doğrultusunda verilen cevapların değişebilirliği incelenir. Böylece ölçeğin zamanla değişebilirliği ölçülür. Araştırmada annelere 14 gün ara ile ölçek formu doldurularak test-

tekrar test uygulandı. Tekrar-test sonucunda korelasyon hesaplandı. KMABÖ'nün korelasyon değeri 0.876'dır ($p<0.05$). İlk ölçümle aynı olan korelasyon değeri ölçeğin zamana göre değişmediğini göstermektedir. Afulani ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmada, toplam korelasyon değerlerinin her ortamda yüksek olduğu bildirildi (Afulani vd. 2019: 96-109).

Ölçek uyarlamalarında iç tutarlılık analizleri için çok tercih edilen bir diğer yöntem Cronbach α kat sayısının hesaplanmasıdır. KMABÖ'nün 13 maddelik Cronbach korelasyon değeri 0,823 olarak bulundu. Bu değer ölçeğin iç tutarlılığının güçlü olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach değerleri Kenya 0.936, Gana 0.895 ve Hindistan 0.937 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach değerleri ise “saygılı/destekleyici bakım” 0.858 ve “özerklik/iletişim” 0.718 olarak hesaplandı. Bu değerlere bakıldığında ölçeğin iç tutarlılığının uygun olduğu görüldü. Ölçeğin orijinal versiyonunda da Cronbach α değerlerinin benzer olduğu tespit edildi.

5.3. ÖNERİLER

Geçerlik ve güvenirlik değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, KMABÖ, kadınların doğum sürecinde aldıkları bakım hizmetinden memnuniyetini belirlemek amacıyla kullanılabilir. Bu doğrultuda çıkan sonuçlara göre kişi merkezli annelik bakımını arttıracak uygulamalar ve protokoller geliştirilebilir.



KAYNAKÇA

Acavut, G., & Güvenç, G. (2020). "Doğum eylemi ile ilişkili perine travmalarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar". Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7 (2), 125-130.

Afulani, P. A., Buback, L., McNally, B., Mbuyita, S., Mwanyika-Sando, M., & Peca, E. (2020). "A rapid review of available evidence to inform indicators for routine monitoring and evaluation of Respectful maternity care". Global Health: Science and Practice, 8 (1), 125-135.

Afulani, P. A., Diamond-Smith, N., Golub, G., & Sudhinaraset, M. (2017). "Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population". Reproductive Health, 14 (1), 1-18.

Afulani, P. A., Phillips, B., Aborigo, R. A., & Moyer, C. A. (2019). "Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India". The Lancet Global Health, 7 (1), 96-109.

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

Aksoy, Y., Çelik, A., & Apay, S. (2020). "Turkish version of the childbirth perception scale: Reliability and validity study". Perspect Psychiatr Care, 56 (1), 28-36.

Aktaş, S., & Aydın, R. (2018). "Fundal Bası Uygulamasının Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkisi ve Bu Uygulamada Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7 (3), 86-92.

Akyüz, H. E. (2018). "Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi". Uygulamalı bir çalışma. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 7 (2), 186-198.

Alliance, W. R. (2011). "Respectful maternity care". The universal rights of childbearing women. White Ribbon Alliance, 1 (1), 1-6.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). "Approaches to limit intervention during labor and birth". Erişim Tarihi: 06.07.2024. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>.

American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin (ACOG). (2015). "Operative Vaginal Delivery", 126 (5), 56-65.

Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R., & Joergensen, J. S. (2012). "Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth". A systematic review. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91 (11), 1261-1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476>.

Arıcı, G. K., & Çoban, A. (2024). “Doğum Müdahalelerinin Karşılanmış Doğum Beklentisi ve Memnuniyete Etkisi”. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11 (1), 66-74.

Asefa, A. (2021). “Unveiling respectful maternity care as a way to address global inequities in maternal health”. BMJ Global Health, 6 (1), 35-59.

Aune, I., Marit, T. H., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). “Promoting a normal birth and a positive birth experience”. Midwifery, 31 (7), 721-732.

Bakke, E., Øseth, E. H., Fofanah, T., Sesay, I., van Duinen, A., Bolkan, H. A., & Lonnee-Hoffmann, R. (2022). “Vacuum births and barriers to its use: An observational study in governmental hospitals in Sierra Leone”. BMJ Open, 12 (11), 60-773.

Bal, M. D., & Yılmaz, S. (2017). “Doğumun Birinci Evresi”. İçinde Tülay YILMAZ (Ed.). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum, (ss. 43-67). İstanbul: Cerrahpaşa Yayınevi.

Başgöl, Ş., & Beji, N. K. (2015). “Doğumun birinci evresinde yapılan uygulamalarda ve kanıta dayalı olarak”. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (2), 32-39.

Bayram, G. O. (2009). “Evde doğumlarda ebelik bakımı, ebenin rol ve sorumlulukları/Midwifery care, acts and responsibilities of midwives at home birth”. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2, 104-111.

Begley C. M., Gyte G. M., Devane D., McGuire W., Weeks A., & Biesty L. M. (2019). “Active versus expectant management for women in the third stage of labour”. Cochrane Database Syst Rev, 2, 1-5.

Beji, N. K. (2020). “Doğum Eylemi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları”. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care”. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 67, 113-126.

Breintoft, K., Arendt, L. H., Uldbjerg, N., Glavind, M. T., Forman, A., & Henriksen, T. B. (2022). “Endometriosis and preterm birth”. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 101 (4), 417-423.

Breman, R. B., & Neerland, C. (2020). “Nursing support during latent phase labor: A scoping review”. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 45 (4), 197-207.

Butler, M. M., Fullerton, J. T., & Aman, C. (2018). “Competence for basic midwifery practice: Updating the ICM essential competencies”. Midwifery, 66, 168-175.

Çakırer, Ç. N., Gönenç, İ. M., & Topuz, N. (2019). “Prekonsepsiyonel dönemden postpartum döneme kadınların geleneksel inanç ve uygulamaları”. Traditional Beliefs and Practices of Women From Preconception Period to Postpartum Period. 6 (2), 237-46.

Çapar, Y. (2019). “Doğum ağrısının yönetiminde sıcak ve soğuk akupresür uygulamasının doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisi”. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26 (3), 199-210.

Çevik, A., & Avcıbay, B. (2018). “Ebe Liderliğinde Postpartum Bakım”. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 37-45.

Çobanoğlu, A., & Şendir, M. (2019). “Epizyotomi Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar”. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27 (1), 48-62.

Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2023). “The latent phase of labor”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228 (5), 1017-1024.

Dekel, S., Ein-Dor, T., Ruohomäki, A., Lampi, J., Voutilainen, S., Tuomainen, T. P., Heinonen, S., Kumpulainen, K., Pekkanen, J., Keski-Nisula, L., Pasanen, M., & Lehto, S. M. (2019). “The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth”. *Journal of psychiatric research*, 113, 72-78.

Demirci, A. D., Kabukcuğlu, K., Haugan, G., & Aune, I. (2019). “I want a birth without interventions”. *Women’s childbirth experiences from Turkey. Women and Birth*, 32 (6), 515-522.

Demirci, A. D., Kabukcuoglu, K., Haugan, G., & Aune, I. (2021). “Turkish midwives’ experiences and opinions in promoting normal births”. *A grounded theory study. Midwifery*, 99, 6-103.

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

Downe, S., Lawrie, T. A., Finlayson, K., & Oladapo, O. T. (2018). “Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: A systematic review”. *Reproductive Health*, 15, 1-13.

Durmaz, A. (2018). “Normal Doğum ve Sonrası Dönem”. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Ekin, P. (2021). “Ebelerin Amniyotomi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları”. Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.

Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). “Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik”. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 211-216.

Erenel, A. Ş., & Çiçek, S. (2018). “Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri”. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9 (2), 123-129.

Esencan, T. Y., Ata, B., & Yilmaz, R. (2022). "Doğum Sonrası Kanamanın Önlenmesi ve Yönetiminde Ebeler". Sağlık & Bilim, Ebelik-III, 77.

Esin, M. N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. İçinde Erdoğan, S., Nahçıvan, N., & Esin M. N. (Ed.). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Glavind, J., Greve, T., de Wolff, M. G., Hansen, M. K., & Henriksen, T. B. (2020). "Medication used in Denmark in the latent phase of labor—Do we know what we are doing?". Sexual & Reproductive Healthcare, 25, 100-115.

Gomersall, J., Berber, S., Middleton, P., McDonald, S. J., Niermeyer, S., El-Naggar, W., ... & Soll, R. F. (2021). "Umbilical cord management at term and late preterm birth". A Meta-Analysis Pediatrics, 1 (3), 147.

Gonzalez, M. N., Trehan, G., & Kamel, I. (2016). "Pain management during labor part I: Pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia". Topics in Obstetrics & Gynecology: Practical CME Newsletter for Clinicians, 36 (11), 1-8.

Gökçek, A. İ. (2022). "Doğum Desteği ve Ebelik Bakımı". Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (1), 93-99.

Gurung, R., Ruysen, H., Sunny, A. K., Day, L. T., Penn-Kekana, L., Målqvist, M., ... & EN-BIRTH Study Group. (2021). "Respectful maternal and newborn care: measurement in one EN-BIRTH study hospital in Nepal". BMC Pregnancy and Childbirth, 21, 1-13.

Güner, Ö. Ö., & Doğum, K. O. (2016). "Perinotoloji ve Bakım". İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Güngör, İ., & Rathfisch, G. Y. (2009). "Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar". Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 11 (2), 56-65.

Hajizadeh, K., Vaezi, M., Meedya, S., Mohammad A. C. S., & Mirghafourvand, M. (2020). "Respectful maternity care and its relationship with childbirth experience in Iranian women: a prospective cohort study". BMC Pregnancy and Childbirth, 20, 1-8.

Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). "Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project". Women and Birth, 34 (3), 255-261.

Holopainen, A., Stramrood, C., Van Pampus, M. G., Hollander, M., & Schuengel, C. (2020). "Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations". British Journal of Midwifery, 28 (8), 488-496.

Hosseini, T. M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). "Positive childbirth experience". A qualitative study. Nurs Open, 7 (4), 1233-1238.

Hoxha, I., Grezda, K., Udutha, A., Taganoviq, B., Agahi, R., Brajshori, N., & Rising, S. S. (2023). "Systematic review and meta-analysis examining the effects of midwife care on cesarean birth". *Birth*, 51 (2), 264-274.

International Code of Ethics for Midwives (ICM). (2024). Erişim Tarihi 07.04.2024 <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>.

İsbir, G. & İnci, F. (2016). "Traumatic childbirth and nursing approaches". *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1 (1), 29-40.

Jeevan, A., Ananthan, A., Bhuwan, M., Balasubramanian, H., Rao, S., & Kabra, N. S. (2022). "Umbilical cord milking versus delayed cord clamping in term and late-preterm infants: a systematic review and meta-analysis". *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35 (25), 5478-5488.

Jolivet, R. R., Gausman, J., Kapoor, N., Langer, A., Sharma, J., & Semrau, K. E. (2021). "Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: A systematic scoping review". *Reproductive Health*, 18, 1-15.

Karaca, A., Yıldırım, N., Ankaralı, H., Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2014). "Hemşirelik Eęitimi Stres Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16 (2), 29-40.

Karaçam, Z. (2019). "Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması". *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 28-37.

Karahan, N., & Serhatlıoğlu, G. S. (2019). "Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları". Ankara: Akademisyen Yayın Evi.

Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). "Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler". *Tıp Eęitimi Dünyası*, 13 (40), 39-49.

Karakoç, H., Horasanlı, E. J., & Uçtu, K. A. (2020). "Amniyotominin Eylem Süresi ve Maternal-Fetal Sonuçlar Üzerine Etkisi". *Retrospektif Analiz. Kocaeli Üniversitesi Acta Medica Nicomedia*, 3 (1), 10-14.

Khalil, M., Carasso, K. B., & Kabakian-Khasholian, T. (2022). "Exposing obstetric violence in the eastern mediterranean region: A review of women's narratives of disrespect and abuse in childbirth". *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 796-850.

Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N. (2016). "International human rights and the mistreatment of women during childbirth". *Health and Human Rights*, 18 (2), 131.

Leite, T. H., Pereira, A. P. E., do Carmo Leal, M., & da Silva, A. A. M. (2020). "Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression". *Findings from Birth in Brazil Study. Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401.

Linder, N., Hiersch, L., Fridman, E., Klinger, G., Lubin, D., Kouadio, F., & Melamed, N. (2017). "Post-term pregnancy is an independent risk factor for neonatal morbidity even in low-risk singleton pregnancies". *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 102 (4), 90-286.

Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). "Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-10.

Lupu, V. V., Miron, I. C., Raileanu, A. A., Starcea, I. M., Lupu, A., Tarca, E., ... & Fotea, S. (2023). "Sezaryen ile doğal doğuma karşı anne ve yenidoğanın uyum sağlamasındaki zorluklar ". *Bir anlatı incelemesi. Hayat*, 13 (2), 300.

Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). "Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis". *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 240, 93-98.

Mamede, F. V., Almeida, A. M., Souza, L., & Mamede, V. (2007). "Pain during the labor active phase". *Rev Lat Am Enfermagem*, 15, 1157-1162.

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2014). "Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Evidence-based child health". *A Cochrane Review Journal*, 9 (2), 303-397.

Memon, H. U., Blomquist, J. L., Dietz, H. P., Pierce, C. B., Weinstein, M. M., & Handa, V. L. (2015). "Comparison of levator ani muscle avulsion injury after forceps-assisted and vacuum-assisted vaginal childbirth". *Obstetrics & Gynecology*, 125 (5), 1080-1087.

Menon, R., Bonney, A., Condon, J., Mesiano, S., & Taylor, N. (2016). "Novel concepts on pregnancy clocks and alarms". *Redundancy and synergy in human parturition. Hum Reprod Update*, 22 (5), 535-560.

Michalik, A., Pracowity, M., & Wójcicka, L. (2023). "The Assessment of Natural Vaginal Delivery in Relation to Pregnancy-Related Anxiety-A Single-Center Pilot Study". *Healthcare*, 11 (10), 1420-1435.

Molgora, S., & Accordini, M. (2020). "Motherhood in the time of coronavirus: the impact of the pandemic emergency on expectant and postpartum women's psychological well-being". *Frontiers in Psychology*, 11, 155-567.

Mucuk, Ö., & Özkan, H. (2021). "Travmatik doğum eylemi ve ebelik bakımı". *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30 (4), 218-225.

Negrini, R., Silva Ferreira, R. D., & Guimarães, D. Z. (2021). "Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21 (1), 333.

Nyhof, B. B., Jameel, B., Dunn, S., Grace, S. L., Khanlou, N., Stewart, D. E., & Gagliardi, A. R. (2020). "Identifying strategies to implement patient-centred care for women: qualitative interviews with women". *Patient Education and Counseling*, 103 (7), 1422-1427.

O'Malley-Keighran, M. P., & Lohan, G. (2016). "Encourages and guides, or diagnoses and monitors". *Woman centred-ness in the discourse of professional midwifery bodies*. *Midwifery*, 43, 48-58.

OECD. (2020). "Caesarean sections (indicator)". Erişim Tarihi: 15.04.2024. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>.

Okumuş, H., & Mete, S. (2014). "Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık". 2. Baskı. İstanbul: Deomed yayıncılık.

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., ... & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). "Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis". *BMJ Open*, 8 (10), 20-347.

Onchonga, D., Várnagy, Á., Keraka, M., & Wainaina, P. (2020). "Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth". A qualitative interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25, 100-512.

Özcan, Y. Ç. (2014). "Vajinal Doğumda Oksitosin İndüksiyonu Alan ve Almayan Annelerin Emzirme Sonuçlarının Karşılaştırılması". Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Özşahin, Z., Altıparmak, S., Aksoy Derya, Y., Kayhan Tetik, B., & Inceoęlu, F. (2021). "Turkish validity and reliability study for the person-centered maternity care scale". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47 (9), 3211-3222.

Pařalić, M., & Hasanović, M., (2018). "Treating Childbirth Trauma with EMDR- A Case Report". *Psychiatria Danubina*, 30 (5), 265-270.

Pazandeh, F., Potrata, B., Huss, R., Hirst, J., & House, A. (2017). "Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: A Qualitative Study From Iran". *Midwifery*, 53, 63-70.

Pimentel, J., Ansari, U., Omer, K., Gidado, Y., Baba, M. C., Andersson, N., & Cockcroft, A. (2020). "Factors associated with short birth interval in low-and middle-income countries: a systematic review". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-17.

Pınar, S., & Karaçam. Z. (2018). "Applying Fundal Pressure In The Second Stage Of Labour And Its Impact On Mother And Infant Health". *Health Care for Women International*, 39 (1), 110-125.

Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. D. (2014). "Oxorn-Foote Eylem & Doğum". Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

Rathfisch, G. (2015). "Doğum eylemi, Kadın sağlığı ve hastalıkları". İçinde: Beji, N.K. (Ed.), Bölüm 11. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Rathfisch, G. (2018). "Doğal Doğum Felsefesi". İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Rathfisch, G., & Güngör, İ. (2017). "Doğum Eyleminde Ağrıyla Birliktelik". İstanbul: Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.

Rubashkin, N., Warnock, R., & Diamond-Smith, N. (2018). "A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery". Reproductive Health, 15, 1-22.

Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Erişim Tarihi 11.05.2023, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.htm>.

Seçer, İ. (2018). "Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları". 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık.

Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). "Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey". Midwifery, 25 (2), 155-162.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). "Dysfunctional labor: general considerations". In Simkin P., Ancheta R. Labor Progress (Ed), Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. West Sussex: Wiley-Blackwell, 15-29.

Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stockl, A. (2018). "Midwifery one-to-one support in labour". More than a ratio. Midwifery, 62, 230-239.

Sönmez, T., & Apay, S. E. (2023). "Doğum yönetiminde kadın merkezli bakım: Seçim, kontrol, süreklilik". Anatolian Journal of Health Research, 4 (2), 72-75.

Stjernholm, Y. V., Charvalho, P. D. S., Bergdahl, O., Vlastic, T., & Petersson, M. (2021). "Continuous support promotes obstetric labor progress and vaginal delivery in primiparous women—a randomized controlled study". Frontiers in Psychology, 12, 582-823.

Stuebe, A. M., Kendig, S., Suplee, P. D., & D'Oria, R. (2021). "Consensus bundle on postpartum care basics: from birth to the comprehensive postpartum visit". Obstetrics & Gynecology, 137 (1), 33-40.

Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F., & Montagu, D. (2017). "Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: the person-centered care framework for reproductive health equity". Gates Open Research, 1, 1.

Sudhinaraset, M., Landrian, A., Golub, G. M., Cotter, S. Y., & Afulani, P. A. (2021). "Person-centered maternity care and postnatal health: associations with maternal and newborn health outcomes". AJOG Global Reports, 1 (1), 5-10.

Şahin, B. M. (2021). "Vajinal doğumda uygulanan sentetik oksitosinin postpartum erken dönemde emzirmeye etkisinin incelenmesi". İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9 (2), 459-468.

Şahin, M., & Erbil, N. (2019). "Doğum ve Medikalizasyon". Ordu University Journal of Nursing Studies, 2 (2), 120-130.

Şahin, S., Güler, D. S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2019). "Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi". Bakırköy Tıp Dergisi, 15 (1), 5-14.

Şencan, H. (2005). "Sosyal ve davranışsal ölçümlerde geçerlilik ve güvenilirlik". Ankara: Seçkin Matbaası.

Taşkın, L. (2016). "Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği". 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 325-340.

Tosun, S. (2019). "Travayda düş almanın annenin doğum ve doğum sonrası konforuna etkisi". Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Topkara, F. N., & Çağan, Ö. (2021). "Examination of the psychometric properties of the Turkish version of the birth memories and recall questionnaire". J Psychiatr Nurs, 12, 245-53.

Tunestveit, J. W., Baghestan, E., Natvig, G. K., Eide, G. E., & Nilsen, A. (2018). "Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth". A cross sectional study. Midwifery, 62, 264-272.

Turan, A., & Yılmaz, T. (2019). "Doğumun İkinci Evresinin Süresi, Uzaması ve Yönetimi". Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1 (2), 102-119.

Turnbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W. H., McGinley, M., Reid, M., Johnstone, I., Geer, I., McIlwaine, G., & Lunan, C. B. (1996). "Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care". Lancet London, England, 348 (22), 213-218.

Türk ye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). "Hacettepe Ün vers tes Nüfus Etütler Enst tüsü". Ankara, Türkiye; 115-116. Erişim Tarihi: 14.04.2024 https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf.

Türkmen, H., Dilcen, H., & Akin, B. (2020). "The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, posttraumatic stress disorder, and breastfeeding". Breastfeeding Medicine, 15(12), 779-788.

Udum, D. (2017). "Koyunlarda doğum sonrası erken laktasyon döneminde leptin ve ghrelin seviyelerin değişimleri". Atatürk Üniversitesi Veteriner Bilimleri Dergisi, 12 (3), 269-275.

Ulfa, R. M. (2021). "Effect of the use of birth balls on the reduction of pain and duration of labor during the first stage of active and second stage of labor in primigravida maternity". *Science Midwifery*, 9 (2), 418-430.

Ünsal, A., & Ergül, N. (2010). "Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanılan veri toplama araçları". *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 400-432.

Vieira, F., Guimarães, J. V., Souza, M., Sousa, P., Santos, R. F., & Cavalcante, A. (2018). "Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review". *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 223, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.036>.

Vural, G., & Erenel, A. Ş. (2017). "Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz?". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4 (2), 76-83.

Waldenström, U., Hildingsson, I. & Ryding, E. L. (2006). "Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113 (6), 638-646.

Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster J., Cavada, G., & Binfa, L. (2017). "Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women". *J Midwifery Womens Health*, 62 (2), 196- 203.

WHO. (2017). "Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors". Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: World Health Organization. Erişim Tarihi: 02.06.2024, https://onlinelibrary.wiley.com/journal/7097?utm_source=google&utm_medium=paidsearch&utm_campaign=544738&utm_content=Medicine-JP&gad_source=1&gclid=CjwKCAjw_ZC2BhAQEiwAXSgClqQviIA3c7OOs3Grj3ZOB_F2NL7kFR97yDALLfPQyJ0BtAWPVYn7nthoC3eQQAvD_BwE.

WHO. (2018). "Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience: Transforming Care of Women and Babies for Improved Health and Well-being". World Health Organization. Erişim Tarihi: 01.06.2024, https://www.familyempowermentmedia.org/vacancies?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw7s20BhBFEiwABVIMrdU5_FUXmj7cKPNVps13mfJd6TS_c-tlKETnoFX2QrEVbfoX4KqzPRoCJ50QAvD_BwE.

World Health Organization. (2018). "WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience". World Health Organization. Erişim Tarihi: 28.06.2024, [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=hHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization.+\(2018\).+%E2%80%9CWHO+recommendations+on+intrapartum+care+for+a+positive+childbirth+experience%E2%80%9D.+World+Health+Organization.&ots=eeyoUhGvOc&sig=jsZVx3e8_QOxWBU_i84g0Ac0eIY&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20\(2018\).%20%E2%80%9CWHO%20recommendations%20on%20intrapartum%20care%20for%20a%20positive%20childbirth%20experience%E2%80%9D.%20World%20Health%20Organization.&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=hHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization.+(2018).+%E2%80%9CWHO+recommendations+on+intrapartum+care+for+a+positive+childbirth+experience%E2%80%9D.+World+Health+Organization.&ots=eeyoUhGvOc&sig=jsZVx3e8_QOxWBU_i84g0Ac0eIY&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20(2018).%20%E2%80%9CWHO%20recommendations%20on%20intrapartum%20care%20for%20a%20positive%20childbirth%20experience%E2%80%9D.%20World%20Health%20Organization.&f=false).

WHO. (2018). “WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016-2018 early implementation”. Erişim Tarihi: 04.07.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277359/9789241514880-eng.pdf>.

WHO. (2019). “Monitoring Health For The Sdgs”. Erişim Tarihi: 07.07.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9>.

WHO. (2020). “WHO labour care guide: user’s manual”. Erişim Tarihi: 29.05.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf>.

Yaman, Ş., & Gök, B. (2020). “Yeni Tasarlanmış Doğum Kıyafetinin Vajinal Doğum Yapan Gebelerin Doğum Konforu, Doğumu Algılaması, İlk Emzirme ve Kanguru Bakımına Etkilerinin Değerlendirilmesi”. Innovation and Global Issues Congress, 5, 2-5.

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

Yıldız, D., & Uzunsakal, E. (2018). “Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama”. Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi, 1, 16-28.

Zill, J. M., Scholl, I., Härter, M., & Dirmaier, J. (2015). “Which dimensions of patient-centeredness matter?-Results of a web-based expert delphi survey”. PloS One, 10 (11), 800-978.

EKLER

EK-1. Anneleri Tanıtıcı Bilgi Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Birey Odaklı Annelik Bakımı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması

Sayın katılımcı “Birey Odaklı Annelik Bakım Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasını” yapmaktayız. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın size getireceği herhangi bir zarar yoktur. Sizden alınan bilgiler gizli tutulacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruların altında yer alan seçenekler arasından size uygun olanı daire içine alarak ve açık uçlu sorularda sorunun yanına bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

1. Yaşınız:

2. Doğumdan sonraki kaçınıcı haftadasınız:

3. Medeni haliniz?

Evli () Bekar ()

4. Eğitim durumunuz nedir?

() İlköğretim

() Ortaöğretim

() Lise

() Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumunuz

Evet () Hayır ()

6. İsteyerek mi gebe kaldınız?

Evet () Hayır ()

7. Gebeliğiniz boyunca herhangi bir sorun yaşadınız mı?

Hayır () Evet ()

8. Gebelik süreciniz nasıl geçti?

Stresli () Rahat () Korkulu () Endişeli ()

9. Gebelik sayınız kaçtır:

10. Kürtaj sayınız kaçtır:

11. Kaçınıcı doğumunuz:

12. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız:.....

13. Doğum şekliniz?

☐ Normal doğum ☐ Sezaryen doğum

14. Doğum şekline siz mi karar verdiniz?

Evet ☐ Hayır ☐

15. Kendiniz doğum şeklini belirleseydiniz hangi doğum şeklini seçerdiniz?

Normal doğum ☐ Epidural doğum ☐ Sezaryen doğum ☐

16. Doğum yaptığınız hafta:

17. Daha önce ki doğumlarınızı nerede yaptınız?

Evde ☐ Hastanede ☐

18. Doğumdan önce herhangi bir doğuma hazırlık kursuna katıldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

19. Doğum sürecinde size kim destek oldu?

Doktor ☐ Ebe ☐ Hemşire ☐

20. Doğumunuzu kim yaptırdı?

Doktor ☐ Ebe ☐ Hemşire ☐

EK-2. Kişi Merkezli Annelik Bakım Ölçeği

Birey Odaklı Annelik Bakım Ölçeği			
1. Doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personelleri size adınızla hitap etti mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
2. Sağlık kuruluşundaki doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personelleri size saygılı davrandı mı? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
3. Sağlık kuruluşundaki doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personelleri size dostça davrandı mı? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
4. Doğumhanedeki muayeneler sırasında kendinizi açıkta hissetmemeniz için üzeriniz bir örtü ya da battaniye ile örtüldü mü veya bir perde çekildi mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
5. Sağlık kuruluşundaki doktorların, ebelerin veya diğer sağlık personelinin bakımınızla ilgili kararlara sizi dahil ettiğini hissettiniz mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
6. Sağlık kuruluşundaki doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personelleri işlem ve muayeneleri gerçekleştirmeden önce sizden onay aldı mı? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
7. Doğum süresince kendi tercih ettiğiniz pozisyonda kalabildiğinizi hissettiniz mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
8. Doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personelleri size yapılan işlem ve muayeneleri neden yaptıklarını açıkladılar mı? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
9. Doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personeli size neden ilaç verdiklerini açıkladılar mı? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
10. Herhangi bir sorunuz olduğunda sağlık kuruluşundaki doktor, ebe veya diğer sağlık personeline rahatlıkla sorabileceğinizi hissettiniz mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			
11. Sağlık kuruluşundaki doktorlar, ebeler ve diğer sağlık personeli kendinizi nasıl hissettiğinizi konusunda sizinle konuştu mu? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)			

12. Yardıma ihtiyacınız olduğunda sağlık kuruluşundaki doktor, ebe veya diğer sağlık personelinin sizinle ilgilendiğini hissettiniz mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)
13. Sağlık kuruluşundaki doktorların, ebelerin veya diğer sağlık personelinin sizinle en iyi şekilde bakım verdiğini hissettiniz mi? Hayır, asla (0) Evet, birkaç kez (1) Evet çoğu zaman (2) Evet, her zaman (3)

