



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SÜRECİNDE AİLE DESTEĞİNİN
DOĞUM MEMNUNİYETİNE VE
KONFORA ETKİSİ**

AYŞE İREM GÖKÇEK

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SAADET YAZICI**

**EBELİK ANA BİLİM DALI
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
OCAK/2022**

İTHAF

“Tüm anne ve anne adaylarına ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Türk kadını olarak bu tezi yazabilmemi sağlayan Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Başkomutanımız Mustafa Kemal Atatürk'e,

Lisansüstü eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, ahlaki ve insani değerleri ile de örnek aldığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca süreç boyunca göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam Prof. Dr. Saadet YAZICI'ya,

Eğitim hayatım boyunca bana her zaman yol gösteren tüm hocalarıma,

Meslek hayatım ve tez sürecim boyunca bana her zaman destek olan değerli arkadaşlarıma,

Bana mesleğimin değerini hissettiren ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm annelere,

Eğitim hayatım boyunca ilgi ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme ve tez sürecimde her zaman yanımda olup desteğini daima hissettiğim değerli eşim Tayfur GÖKÇEK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe İrem GÖKÇEK

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
RESİMLER LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT.....	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DOĞUM EYLEMİ.....	3
2.2. DOĞUM EYLEMİNİN EVRELERİ	3
2.2.1. Doğumun I. Evresi.....	3
2.2.2. Doğumun II. Evresi	4
2.2.3. Doğumun III. Evresi.....	5
2.2.4. Doğumun IV. Evresi.....	6
2.3. DOĞUM AĞRISI	7
2.4. DOĞUM AĞRISI İLE BAŞ ETME	8
2.5. DOĞUM DESTEĞİ.....	9
2.6. DOĞUMDA MEMNUNİYET VE KONFOR.....	15
2.7. DOĞUMDA MEMNUNİYET VE KONFORU ETKİLEYEN FAKTÖRLER	16
2.8. DOĞUM DESTEĞİNİN ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞINA ETKİSİ	17
2.9. DOĞUM ORTAMI.....	19
2.10. DOĞUM DESTEĞİ VE EBELİK BAKIMI.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	25
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	25
3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI	25
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	25
3.4.1. Doğum Ünitesi İşleyişi.....	26
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	28

3.5.1. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.5.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	28
3.5.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	29
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	29
3.6.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	29
3.6.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	29
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI	29
3.7.1. Anne Anket Formu (Ek-3).....	29
3.7.2. Doğum Konforu Ölçeği (DKÖ) (Ek-4)	30
3.7.3. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ) (Ek-5).....	30
3.7.4. Verilerin Toplanması.....	31
3.7.5. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılacak İstatistiksel Yöntemler	31
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	32
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK VE DOĞUM DESTEĞİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	33
4.2. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK VE DOĞUM DESTEĞİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE DKÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	37
4.3. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK VE DOĞUM DESTEĞİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	43
4.4. DKÖ VE NDAMDÖ ALT BOYUTLARININ İLİŞKİ BULGULARI	48
5. TARTIŞMA	52
5.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	52
5.2. KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	53
5.3. KADINLARIN DOĞUM DESTEĞİNE VE DOĞUMA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	54
5.4. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DKÖ VE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	55
5.5. KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DKÖ VE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	57

5.6. KADINLARIN DOĞUM DESTEĞİNE VE DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE DKÖ VE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	59
5.7. DKÖ İLE NDAMDÖ ALT BOYUTLARININ İLİŞKİSİ.....	62
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	65
6.1. SONUÇLAR	65
6.2. ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	83



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (N= 350)	33
Tablo 4.2: Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular (N= 350).....	34
Tablo 4.3: Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular-2 (N= 350).....	35
Tablo 4.4: Kadınların doğum desteğine ve doğuma ilişkin değerlendirmeler (N=350)	36
Tablo 4.5: Kadınların gebelikle birlikte var olan hastalıklarının dağılımı (n=70).....	37
Tablo 4.6: Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre DKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 350)	38
Tablo 4.7: Kadınların obstetrik özelliklerine göre DKÖ puan ortalamalarının dağılımı-1 (N= 350)	40
Tablo 4.8: Kadınların DKÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-2 (N= 350)	40
Tablo 4.9: Kadınların DKÖ ortalamalarının gebelikle birlikte var olan hastalıklara göre dağılımı (N= 350)	41
Tablo 4.10: Kadınların DKÖ puan ortalamalarının doğuma desteğine ilişkin özelliklere göre dağılımı (N=350)	42
Tablo 4.11: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (N= 350)	43
Tablo 4.12: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-1 (N= 350)	45
Tablo 4.13: Kadınların obstetrik özelliklerine göre NDAMDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların ortalaması-2 (N= 350)	46
Tablo 4.14: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının gebelikle birlikte var olan hastalıklarının dağılımına göre dağılımı (N= 350)	46
Tablo 4.15: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının doğum desteğine ve doğuma ilişkin değerlerine göre dağılımı (N= 350)	47
Tablo 4.16: DKÖ ile NDAMDÖ ve alt boyutlarının ilişkisi	48
Tablo 4.17: NDAMDÖ ile DKÖ ve alt boyutlarının ilişkisi	49

Tablo 4.18: DKÖ alt boyutları ile NDAMDÖ ve alt boyutlarının ilişkisi	50
--	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Doğum eyleminin evreleri	3
Şekil 2.2: Doğumun I. evresi.....	4
Şekil 2.3: Doğum ağrısı ile baş etme yolları	8
Şekil 2.4: Doğum desteğinin sınıflandırılması	11
Şekil 2.5: Doğum desteğinin etkileri.....	19



RESİMLER LİSTESİ

Resim 3.1: Doğum ünitesi travay-doğum-lohusa odası (TDL).....27

Resim 3.2: Doğum ünitesi travay-doğum-lohusa odası (TDL).....27



SİMGELER VE KISALTMALAR

DKÖ	: Doğum Konforu Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFM	: Elektronik Fetal Monitör
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
GHT	: Gestasyonel Hipertansiyon
IM	: Intramüsküler
IV	: Intravenöz
NDAMDÖ	: Normal Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği
NST	: Non-stress Test
TDL	: Travay-Doğum-Lohusa
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

DOĞUM SÜRECİNDE AİLE DESTEĞİNİN DOĞUM MEMNUNİYETİNE VE KONFORA ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, doğumda aile desteğinin doğum memnuniyeti ve konfora etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan çalışmanın evrenini, Temmuz - Eylül 2021 tarihleri arasında, İstanbul ili Başakşehir ilçesinde bulunan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesine doğum için gelen multipar gebeler oluşturdu. Araştırmanın örnekleme ise evreni belli olan örneklem belirleme formülü ile yapılan hesaplama sonucu 350 belirlendi. Araştırmada veri toplanmak için, anne anket formu, doğum konforu ölçeği ve normal doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği kullanıldı. Veriler doğum ünitesinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınlardan veri toplanmak için, anne anket formu, doğum konforu ölçeği ve normal doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği kullanıldı. Kadınların, doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği puan ortalamasının $204,49 \pm 15,21$, doğum konforu ölçeği puan ortalamasının $41,55 \pm 4,03$ olduğu, annelerin yaş, eğitim durumu, doğum öncesi izlem ve doğuma yönelik kaygı ve ağrı ifadesi ile her iki ölçeğin toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Çalışma durumu, planlı gebelik, gebelikte eğitim alma ve egzersiz yapma durumu ile doğum konfor ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptanırken ($p < 0,05$), aile tipi, meslek, yaşayan çocuk, refakatçinin destek sağlama durumu ve doğum deneyimine ilişkin ifadeler ile de doğumda anne memnuniyeti değerlendirme ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Ayrıca doğum konforu ölçeği ve memnuniyet ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon tespit edildi.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre; doğum ortamının ve aile desteğinin doğuma yönelik konforu ve memnuniyet üzerinde etkisi olduğu belirlendi. Ayrıca, annelerin doğum konforlarının doğum memnuniyeti üzerinde etkili bir faktör olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Aile Desteği, Anne Memnuniyeti, Doğum, Doğum Desteği, Doğum Konforu



THE IMPACT OF FAMILY SUPPORT ON BIRTH SATISFACTION AND COMFORT DURING THE BIRTH

ABSTRACT

Aim: This study of maternity and family support environment was conducted to investigate the effect on the birth of comfort and satisfaction.

Materials and Methods: Multiparous pregnant women who came to Başakşehir Çam and Sakura City Hospital in Basaksehir, Istanbul for delivery between July and September, 2021 formed the universe of the descriptive and cross-sectional study. Sample of the research was determined 350 by known universe sample determination formula. Mother Questionnaire Form, Childbirth Comfort Questionnaire, and Assessment of Maternal Satisfaction at Normal Birth Scale were used in order to collect data in the study. Research data were collected by face-to-face interview technique in the maternity unit of the hospital.

Results: Mother Questionnaire Form, Childbirth Comfort Questionnaire, and Assessment of Maternal Satisfaction at Normal Birth Scale were used in order to collect data from the women participated in the research. It was detected that the average score of the maternal satisfaction assessment scale at birth, and childbirth comfort questionnaire were $204,49 \pm 15,21$ and $41,55 \pm 4,03$, respectively. At the same time, it was determined that there is a statistically meaningful relationship between both scales and the mothers' mean age, educational status, number of prenatal follow-ups, anxiety and pain expression towards childbirth ($p < 0.05$). While there was a meaningful difference between working status, planned pregnancy, getting education and exercising during pregnancy, and the childbirth comfort questionnaire average score ($p < 0.05$), there was a meaningful difference between the place of residence, family type, job, living child, support status of the companion and the expressions related to birth experience, and assessment of maternal satisfaction at normal birth scale average score ($p < 0.05$). In addition, a positive middle correlation was found between Childbirth Comfort Questionnaire and Satisfaction Scale.

Conclusion: According to the results of the study, it was determined that birth environment and family support have an impact on birth comfort and satisfaction. In

addition, it was observed that the birth comfort of the mothers is an effective factor on birth satisfaction.

Key Words: Birth, Birth Comfort, Family Support, Labor Support, Mother Satisfaction



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyanın her yerinde doğum yapan kadınlar, doğum refakatçilerinin pratik ve duygusal desteğinin yanında nazik ve ilgili bir sağlık profesyoneli ile güvenli bir ortamda sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek istemektedirler. Kadınların hayatlarındaki en önemli olaylardan biri olan gebelik; biyolojik, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir (1,2). Doğum yapan kadının ve ailesinin doğum ve doğum sonrası döneme dair korku ve endişeleri bulunmaktadır. Özellikle de multipar kadınlar bir önceki doğumlarında olumsuz doğum deneyimi yaşadıklarında, sonraki gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişeleri daha yoğun yaşamaktadırlar. Gebeler, bu korku ve endişe gibi sorunlarla baş edebilmeleri için çevrelerindeki insanların desteğini görmeye ihtiyaç duyarlar. Doğum süresince destekleyici birisinin sürekli yanında bulunması gebelere olumlu bir doğum deneyimi sağlamaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 2018d) (4) pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım rehberinde; tüm kadınlara özenli, saygılı anne bakımının ve etkili iletişimin sağlanması, travay ve doğum süresince onlara refakat edecek birini seçme hakkının sunulmasını önermektedir. Doğum eylemindeki destekleyici bakımın, eylemin fizyolojisini ve sonuçlarını olumlu etkilediği bilinmektedir. Eylemin önemli hormonlarından birisi olan oksitosin, doğumun doğal sürecinde ilerlemesine yardımcı olabilmekte ve aynı zamanda ağrı hissini azaltmaktadır. Duygusal destek amaçlı sağlanan besleyici dokunuşlar, gebe ile doğum destekçisi arasındaki ilişki ne kadar yakınsa, oksitosin hormonunun rahatlatıcı etkisinin olma olasılığı da o kadar yüksektir (5).

Gebelerin yanında bulunan doğum refakatçisinin duygusal ve fiziksel destek ile gebelerin memnuniyeti artmaktadır. Doğum memnuniyetinin artması ile kadınların normal doğumu tercih etmeleri sözkonusu olmaktadır. (6,7). Yapılan bir çalışmada sürekli doğum desteği alan kadınların vajinal doğuma yönelme oranları daha yüksek bulunmuştur (5). Ülkemizdeki doğum desteğinin verilme durumu incelendiğinde, gebelerin doğum süreci boyunca yalnız veya diğer gebeler ile aynı odada bırakıldığı ve ebelerin, sadece muayeneler sırasında kadınlarla çok kısa iletişim kurduğu görülmektedir. Ayrıca doğum için hastaneye başvuran gebelerin daha önce görmedikleri bir ortama girmeleri ve tanımadığı kişilerle birlikte kalması normal

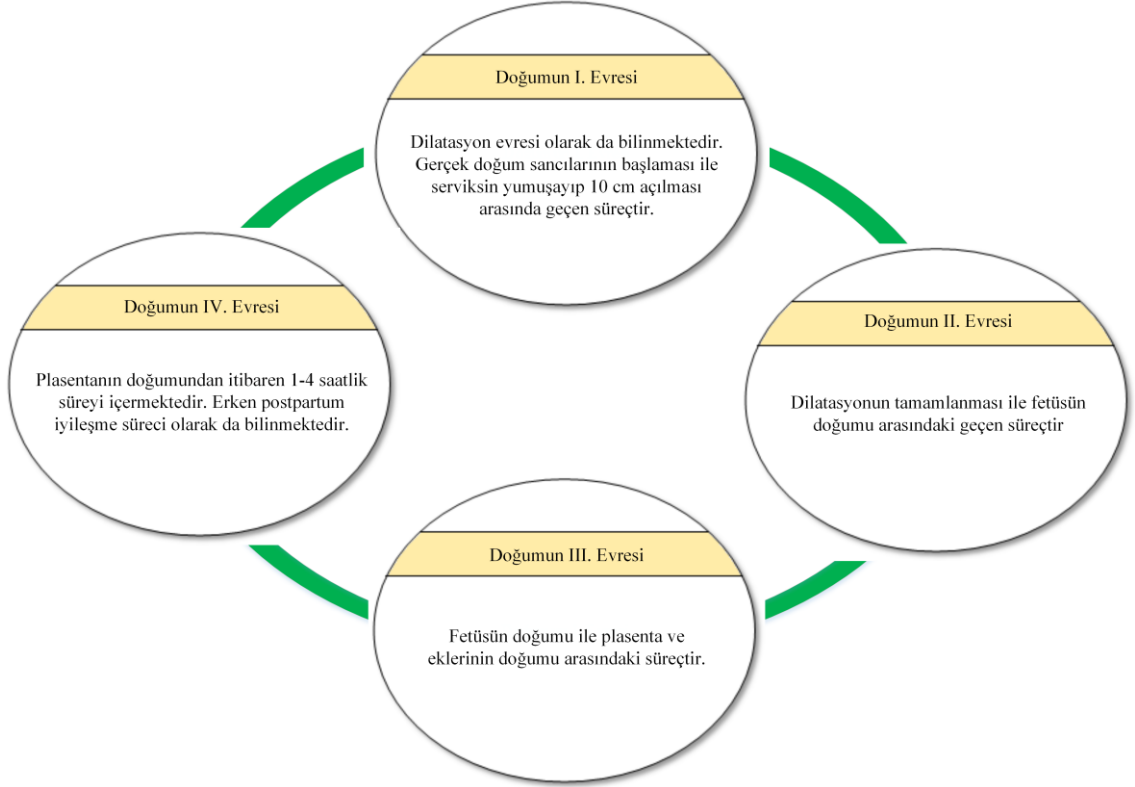
doğuma karşı oluşan korkularını artırmaktadır. Literatür incelendiğinde, doğum eylemi süresince desteğin önemini gösteren araştırma kanıtları bulunmaktadır (6,7). Kadınların önceki doğum tecrübelerinden farklı olarak, kendilerine ait bir odada istedikleri refakatçi ile yaşadıkları doğum tecrübelerinin incelenmesi iki doğum arasındaki farkları saptayabilme potansiyeli açısından önemlidir.

Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı nitelikte olup, doğum sürecinde verilen aile desteğinin doğum konforuna ve memnuniyetine olan etkisi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma öncelikle ülkemizde yeni gelişmekte olan ve ev ortamını yansıtan TDL (Travay-Doğum-Lohusa) odalarına, eş, anne/arkadaş vb. yakınların doğum sürecine dahil edilmesinin doğum memnuniyeti ve konforu açısından etkisini belirleyebilme potansiyeli açısından özgündür. Bu çalışma sayesinde annenin doğum döneminde ailesinden aldığı destekleyici bakımın konfor ve memnuniyet üzerindeki önemine dikkat çekileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM EYLEMİ

Doğum eylemi, karın kaslarının ve uterus kontraksiyonlarının artan şiddeti ve süresi ile servikte dilatasyon ve efasman oluşturması ve bu yol ile fetus ve plasentanın tamamen uterus dışına atılmasını sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (8,9). Doğum sürecinin başlamasında gerilme teorisi, myometrial aktivite, uterusun gerilmesi ve hormonal uyarıların etkili olduğu iddia edilmektedir (8-11). Doğum eylemi Şekil 1’de gösterildiği gibi dört evreden oluşmaktadır. Bu evreler; birinci evre, ikinci evre, üçüncü evre ve dördüncü evreden oluşur.



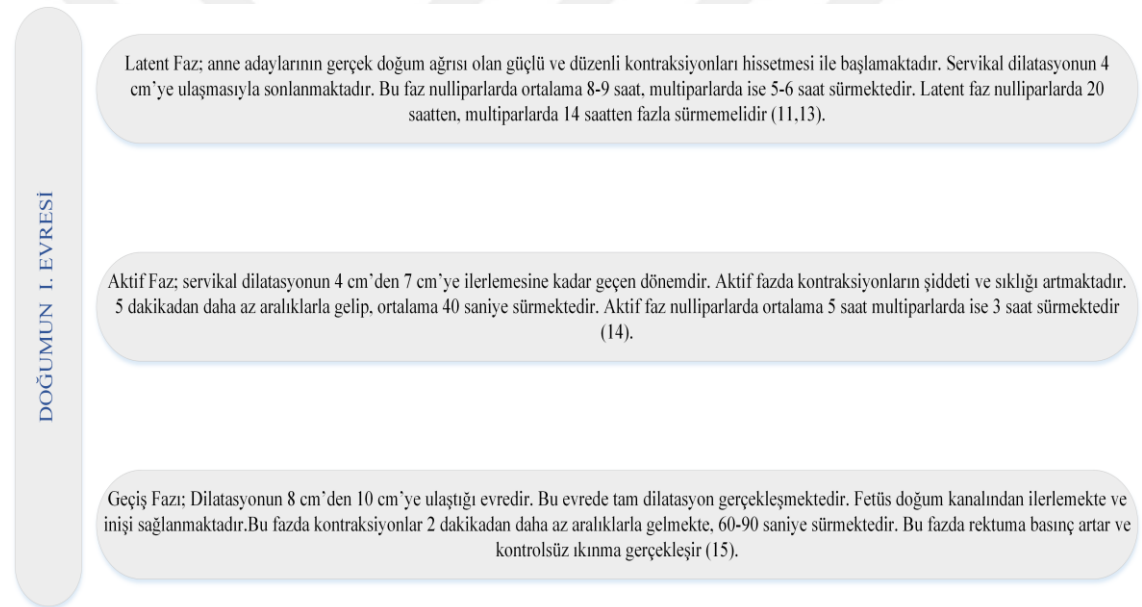
Şekil 2.1: Doğum eyleminin evreleri

2.2. DOĞUM EYLEMİNİN EVRELERİ

2.2.1. Doğumun I. Evresi

Doğum eyleminin birinci evresi; düzenli ve ritmik uterus kasılmaları, gerçek doğum ağrıları, ile başlayıp tam dilatasyon ve efasmanın tamamlanması ile son bulan

dönemdir. Bu evre doğum eyleminin en uzun süren evresi olarak bilinmektedir. Doğumun birinci evresi nullipar kadınlarda 6-18 saat sürmekte, multipar kadınlarda ise 2-10 saati bulmaktadır (8-10,12). Doğumun bu evresinde kontraksiyonların şiddeti hafif olduğu için anne adayları bu süreç ile kolaylıkla baş edebilmektedir. Aynı zamanda bu evre, kadınların doğum destekçisiyle birlikte iletişime en açık olduğu dönemdir. Bu süreç de gebeye yönelik verilen destekleyici bakım, kadın ve fetus için son derece önemlidir. Doğum yapılacak olan çevrenin ev ortamını yansıtmaması, kadınların refakatçi ve ebe tarafından desteklenmesi ve hareket özgürlüğünün sağlanması sürecin ilerleyişini ve sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (13). Bu evre kendi içerisinde Şekil 2 'de gösterildiği gibi, latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olmak üzere üç evreye ayrılmaktadır.



Şekil 2.2: Doğumun I. evresi

2.2.2. Doğumun II. Evresi

Doğumun ikinci evresi, serviksin (10 cm) tam dilate olması ile başlar, fetusun doğumu ile sonlanır. Bu evrede kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti artmaktadır. Nullipar gebelerde 30 dakika ile 3 saat arasında, multipar gebelerde ise 5-30 dakika arasında sürmektedir. Kontraksiyonlar ise 1,5-2 dakika aralıklarla gelip, 60-90 saniyeyi bulmaktadır (16). Bu dönem anne ve bebek mortalitesi açısından önemli bir dönemdir. Anne adaylarının destekleyici bakım alması, oluşabilecek

komplasyonları önleme açısından son derece önemlidir. Ayrıca kadınların ağrı ve endişelerinin yüksek olduğu bir dönem olması açısından anne adayları bu evrede destek görmeye ihtiyaç duyar (6). Özellikle nullipar kadınlar ilk bebekleri olması sebebiyle daha çok destek görmek istemektedirler. Multipar kadınlar ise olumsuz bir doğum tecrübeleri barındırıyorsa bu dönemde daha çok ilgi ve destek görmek istemektedirler (6,11).

Doğumun ikinci evresinde annenin itme gücü ile fetüs aşağıya iniş gerçekleşmektedir. Fetüs başı rektuma bası yaptığı için ıkınma refleksi kontrolsüz bir şekilde gerçekleşmektedir. Fetüs başı simfizis pubisin altına doğru indiği anda doğum başlamaktadır. Fetal baş vajinal açıklığa ulaştıkça vajen dokusu kabarmakta ve pelvis tabanının kasları gerilmektedir. Sonrasında kuvvetli birkaç kontraksiyon ile fetal baş doğmaktadır. Fetal baş doğduktan sonra önce üst omuz, sonra da alt omuz doğmakta ve son olarak da tüm vücudun traksiyonu sonucunda doğum tamamlanmaktadır (8). Literatürde doğum sonunda maternal ve fetal bir risk yok ise doğum sonu erken dönemde ten tene temasın sağlanması önerilmektedir. Erken dönemde sağlanan ten teması ve emzirmeyi ve anne memnuniyetini artırdığı, doğum sonu iyileşmeyi hızlandırdığı ve maternal-fetal mortalite ve morbiditeyi azalttığı yapılan çalışmalarda da kanıtlanmıştır (9,14,17). Ayrıca doğumdan sonraki ilk bir saat içinde gerçekleşen ten tene temas, oksitosin salınımını uyarmakta süt salgılanması için hormonların uyarılmasına yardımcı olmaktadır. Ve oksitosin salınımı uterusu kontraksiyonların oluşması ile rahmin kasılmasını sağlamakta ve doğum sonu kanama miktarının azalmasına yardımcı olmaktadır (17).

2.2.3. Doğumun III. Evresi

Doğumun üçüncü evresi; bebeğin doğumu ile başlayıp plasentanın doğumu ile son bulmaktadır. Ayrıca bu evre plasental evre olarak da bilinmektedir. Plasentanın doğumu, bebeğin doğumunu takiben ortalama 5-30 dakika sonrasında gerçekleşmektedir. Bu süre 30 dakikayı aşmamalıdır. Bebeğin doğumundan sonra kontraksiyonlar devam eder uterus kasılır ve sertleşir. Uterusun fundusu umblikus hizasında hissedilmektedir. Sonrasında da plasentanın ayrılmasını gösteren belirtiler gözlenmelidir. Bunlar; umblikal kordun aşağıya doğru sarkması, simfizis pubise bastırıldığında umblikal kordun geri kaçmaması, muayenede plasentanın vajende hissedilmesi ve vajinadan gelen az miktarda ani kanamadır. Belirtiler gözlendikten

sonra plasenta, kendi ağırlığına bırakılarak çekme ve zorlama olmadan saat yönünde döndürme hareketi ile doğurtulmalıdır. Uterusta zar ve kotiledon kalma ihtimaline karşın kontrol sağlanarak kanama kontrolü yapılmalıdır (8,18). Bu evrede dikkat edilmesi gereken en önemli özellik plasentanın uterin duvardan tam ayrılması ve eksiksiz olarak doğmasıdır. Tam ve eksiksiz doğmayan plasenta, postpartum kanamaya, durdurulamayan postpartum kanama ise uterin atoniye sebep olmaktadır. Plasentanın doğumundan sonra var ise epizyotomi onarımı gerçekleştirilmektedir (8,13,19). Bebeğin doğumu ile ağrı azalmakta ve kadın rahatlamaktadır. Bundan sonraki dönemde kadın bebek bakımı, mevcut ise epizyotomi bakımı ve bireysel ihtiyaçlarını karşılama konusunda destek görmeye ihtiyaç duyduğundan danışmanlık desteği sağlanmalıdır (17).

2.2.4. Doğumun IV. Evresi

Doğumun dördüncü evresi plasentanın doğumunu takiben ilk 4 saati içermektedir. Bu evrede anne gebelik öncesi durumuna dönmekte, yenidoğan ise ekstrauterin hayata uyum sağlamaya çalışmaktadır (18). Doğumda gerçekleşen bazı komplikasyonlar dördüncü evrenin uzamasına neden olabilmektedir. Normal doğum eyleminde ortalama 500 ml kan kaybedilmektedir (8). Kaybedilen kan miktarı 500 ml'yi aşarsa, bu durum annede mortalite ve morbidite riskini artırmaktadır. Postpartum dönemde anne kanama yönünden takip edilmeli, olası bir atoni riski göz önünde bulundurulmalıdır (8,18). Anne bu dönemde emzirme yönünden refakatçisi ve sağlık personeli tarafından desteklenmelidir. Emzirme ile salgılanan oksitosin hormonu postpartum kanama riskini de azaltmaya yardımcı olmaktadır (18). Bu evrede annenin duygusal, fiziksel ve psikolojik açıdan desteklenmesi son derece önemlidir. Anne doğum süreci sonrası yorgun hissedebilmektedir. Bu dönemde doğum destekçisinin anneyi desteklemek amaçlı bebeğin fiziksel ihtiyaçlarını üstlenmesi, annenin de bu sürede dinlenmesi ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılaması hissedilen bir ihtiyaçtır. Kadınların refakatçilerini seçerken bu konuda kendilerine yardımcı olabilecek kişiler konusunda hassas davranmaları, sağlanacak destek açısından önemlidir. Lohusaların psikolojik açıdan desteklenmesi postpartum hüznün ve depresyon görülme sıklığını azalmaktadır (18,19). Doğumun dördüncü evresinde kadınların kendisinin ve bebeğinin fiziksel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi özgüveninin

kuvvetlenmesini sağlamaktadır. Bu sayede de kadınların doğuma yönelik konfor ve memnuniyeti artmakta normal doğuma teşvik sağlanmaktadır (20).

2.3. DOĞUM AĞRISI

Doğum sürecindeki uterus kasılmaları fetüsün inişine yardımcı olup, doğumun gerçekleşmesini sağlamaktadır. Kadınlar yaşadıkları bu ağrıyı çok şiddetli bulmakta ve yaşadıkları bu deneyimin en kötü yanı olarak tarif etmekte (21). Fizyolojik sürecin bir parçası olan doğum ağrısı, denetimi güç olup annelerde korku ve endişeye yol açmaktadır. Refakatçilerin bu sürecin farkında olup ve annenin ağrı ile baş edebilmesine yardımcı olmalı (22). Doğum ağrısı sırasında refakatçisinden destek gören kadınların doğuma yönelik memnuniyeti artmaktadır (22).

Doğum ağrısı şiddetli, kontrol edilemeyen akut bir ağrıdır. Ayrıca doğum ağrısının beklenen bir hazırlık aşaması bulunmakta, gebeliğin belli bir döneminde olmak ve bebeğin doğumuyla sonlanmaktadır. Aynı zamanda sürekli devam etmemekte, dinlenme dönemleri bulunmaktadır (23). Doğum esnasında, ağrının sıklığı ve şiddetini birçok unsur etkilemektedir. Bunlar; maternal yaş, eğitim durumu, fiziksel ve emosyonel durum, gebelik ve doğum sayısı, doğum eyleminin süresi, sefalopelvik uyumsuzluk, uygulanan doğum pozisyonu, kontraksiyonların süresi, şiddeti ve sıklığı, servikal dilatasyon ve efasman, yapılan müdahaleler, korku, anksiyete, depresyon, kültür, etnik köken, daha önceki doğum tecrübeleri, doğuma yönelik beklentiler ve çevreden görülen destektir (23, 24). Doğum ağrısına neden olan dört faktör vardır.

- Kontraksiyonlar esnasında uterusu oluşturan iskemi,
- Serviksin dilatasyonundan ve gerilmesinden kaynaklanan uterus ağrısı,
- Pelvik yapılar üzerine olan baskı,
- Fetal başın iniş sırasında oluşan vajina ve perinenin distansiyonudur (24).

Amniyotik zarın ve fetüsün rahim ağzına uyguladığı basınç, pozitif geri besleme mekanizması aracılığıyla daha uzun, güçlü ve sık kasılmaları harekete geçirmektedir. Aynı zamanda bu durum serviksin dilatasyonunu da gerçekleştirmektedir. Doğumun ikinci evresinde fetüsün gelen kısmı pelvik tabana daha da baskı uygulamakta, bu baskı da ıkınma refleksini oluşturmaktadır. Artan

uterus aktivitesi nedeniyle uygulanan baskı, serviks, pelvik taban ve perinenin gerilmesine neden olmakta ve bu da kadınların doğum boyunca yaşadığı ağrıya neden olmaktadır (25).

2.4. DOĞUM AĞRISI İLE BAŞ ETME

Doğum yapan çoğu kadın için doğum ağrısı acı veren bir tecrübe olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde gebelerin desteğe olan ihtiyacı son derece fazladır. Bu destek sayesinde gebelerin ağrı ile baş edebilmeleri kolaylaşmaktadır. Ayrıca alınan destekleyici bakım doğum eyleminin konforunu artırmakta ve memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir. Kadınların doğuma yönelik algıları kendisinin ve bebeğinin sağlığını etkilemesi nedeniyle önemlidir (26). Doğum ağrısı ile baş etmede iki yaklaşım kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlar Şekil 3’de de gösterildiği gibi farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak iki başlıkta incelenmektedir. Kadının ağrısı ile baş etmede etkili yöntemlerden biri doğum desteğidir. Doğum desteği eş, aile, akraba ve sağlık profesyonelleri tarafından verilebilmektedir. Anne adaylarının bu dönemde alacakları doğum desteği anne ve yenidoğanın doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmaktadır. Annenin iyileşme sürecini, anne bebek bağlanmasını sağlamakta ve oluşabilecek komplikasyon riskini azaltmaktadır (27,28).



Şekil 2.3: Doğum ağrısı ile baş etme yolları

2.5. DOĞUM DESTEĞİ

İnsanlığın varoluşundan beri doğum yapan kişiye çevresindeki insanların yardımcı olduğu, doğum ve doğum sonrası dönemde yalnız bırakmadığı görülmektedir. Tanım olarak doğum desteği; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara sağlık profesyoneli, aile, eş ya da kadının istediği bir tanıdığı tarafından verilen destekleyici bakımdır. Doğumda destekleyici bakım, doğum sırasında kadına aktif olarak yardım etmeyi, kadının süreç boyunca duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının karşılamasına yardımcı olmayı, kadının rahatlığını sağlamayı, doğum memnuniyetini ve normal doğum oranlarını artırmayı, doğum sonuçlarını iyileştirmeyi, kadının annelik rolüne uyumunu sağlamayı, yenidoğanın ekstrauterin yaşama uyumunu kolaylaştırmayı ve kadının kendine olan saygısını artırmayı amaçlamaktadır (7,29). Doğum desteği gebelik boyunca sağlanan bakımın en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Bu konuda doğum sürecindeki 1660 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada destekleyici bakım eksikliğinde, doğum memnuniyetinin azaldığı saptanmıştır (3). Çalışmadan da yola çıkılacağı üzere süreç boyunca, gebenin yanındaki eşe, aileye, akrabalarına ve en önemlisi de ebelere büyük bir rol düşmektedir. Timur ve Şahin (2010) tarafından yapılan bir çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan kadınların %74,5'i doğum eylemi sırasında destek görmek istediklerini belirtmişlerdir. Bu desteği %43,8 oranı ile annesinden, %30,7 eşinden, %25,2 kardeşinden ve %10,2 bir sağlık personelinden görmek istemişlerdir. Aynı zamanda çalışmanın sonuçlarında da kadınlar daha çok cesaretlendirilmeye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (30).

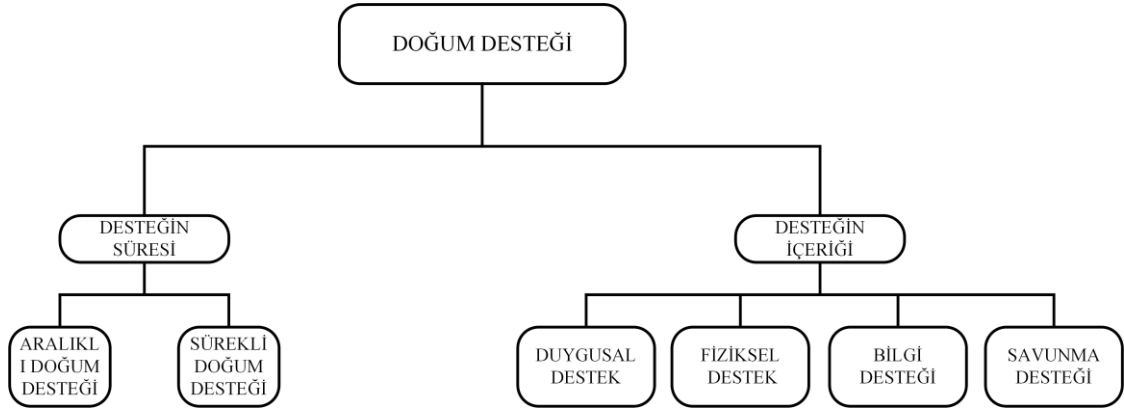
Doğum desteğinin anne ve yenidoğan üzerinde birçok yararı bulunmaktadır. Destekleyici bakım ile gerçekleşen doğumların daha kısa sürdüğü, kadınlarda doğum korkusunun ve ağrı skorunun azaldığı bilinmektedir (29,31,32). Ayrıca anne-bebek bağlanmasını kuvvetlendirerek başarılı emzirme oranını da artırmaktadır (31,33). Holroyd ve arkadaşları (1997) yaptıkları bir çalışmada destekleyici bakım alan kadınların doğum süreci ile daha iyi baş edebildiği sonucuna varmışlardır. Çalışmaya katılan kadınlar kendilerine en iyi gelen davranışın övgü olduğunu belirtmişlerdir (34). Süreç ile baş etme kolaylaştıkça kadının doğuma karşı olan korkusu da azalmaktadır. Kadının doğuma karşı olan korku ve stresi azaldıkça da travay süresi kısaltmakta ve doğum kolaylaşmaktadır. Adams ve arkadaşlarının (2012) bu konuda

yaptığı bir çalışmada doğum korkusu olmayan kadınların, doğum korkusu olan kadınlara kıyasla doğum eylemlerinin daha kısa sürdüğü sonucuna varılmıştır (35).

Tüm doğum yapan kadınlar doğum sırasında bilgilendirici ve duygusal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Gjerdingen ve Chaloner (1994), doğum sonrası dönemde kadınların ruh sağlığındaki değişiklikleri ve nedenleri inceleyen bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarında doğum desteği alan kadınların doğum sonrası ilk bir ayında ruh sağlığı açısından sağlıklı bir süreç geçirdiklerini bildirmişlerdir (36). DSÖ'nün kadınların pozitif doğum deneyimi yaşayabilmeleri için önerilerinden biri de anne adaylarının seçtikleri bir doğum arkadaşının doğum eylemi boyunca kendilerine refakat etmesidir (37). Van der Gucht ve Lewis (2015), kadınların doğum ağrısı ile başa çıkma yöntemlerini incelemek amacıyla geniş kapsamlı bir araştırma makalesi sunmuşlardır. Makalede birçok kadının doğum boyunca desteğe ihtiyaç duyduğunu gözlemlemiş ve destek sağlanması durumunda kadınların doğum ağrısı ile baş edebilmelerinin önemli derecede kolaylaştığı sonucunu ortaya koymuşlardır (38).

Destekleyici bakım içerisinde doğumun konforlu bir ortamda gerçekleşmesi ve bu ortamda kadının alternatif doğum pozisyonlarını kullanabilmesi gerekmektedir. Kadınların sürekli bulunduğu ortamı değiştirmesi, hareket ve pozisyonunun kısıtlanması, onunla ilgilenen sağlık profesyonelinin sık sık değişmesi ve gürültü, doğumun ilerleyişini olumsuz yönde etkilemektedir (31). Doğum refakatçisi kadının hareketli kalmasını, ortamın sakin ve huzurlu olmasını ve sürecin ilerleyişi konusunda gebenin aktif kılınmasını sağlamalıdır (3). Bu imkanlar sunulduğunda anne adayının memnuniyeti de artmaktadır. Ayrıca refakatçi ile doğum yapan kadınların normal doğuma karşı olan korkuları da azalmaktadır. McGrath ve Kennell (2008), sürekli doğum desteğinin sezaryen oranına etkisini inceleyen bir araştırma yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda partner ile birlikte yapılan doğumun, sezaryen doğuma yönelik oranını ve epidural analjezi ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir (40).

Doğum desteği, yapılan çalışmalarda farklı başlıklarda sınıflandırılmıştır. Şekil 4'te görüldüğü gibi desteğin süresine ve içeriğine bağlı olarak değişmektedir. Doğum desteğinin süresine göre; aralıklı doğum desteği ve sürekli doğum desteği olarak gruplanmakta, doğum desteğinin içeriğine göre ise fiziksel destek, duygusal destek, bilgilendirme ve savunuculuk desteği olarak gruplanmaktadır.



Şekil 2.4: Doğum desteğinin sınıflandırılması

Desteğin Süresine Göre: Literatür de doğum desteğini süresine göre incelediğimizde aralıklı doğum desteği ve sürekli doğum desteği olmak üzere iki başlığa ayrıldığı görülmektedir.

Aralıklı Doğum Desteği: Aralıklı doğum desteği gebenin tuvalet gibi özel ihtiyaçları ve kendi isteğiyle yalnız kalmak istemesi dışında kadının yalnız bırakılması olarak tanımlanmaktadır. Kısaca gebeye verilen doğum desteği süresinin %80'den az olması olarak tanımlanmaktadır (41,42). Scott ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde (1999) aralıklı doğum desteği alan gebelerin sürekli doğum desteği alanlara göre doğum ve süresi, analjezi kullanımı ve müdahaleli doğum oranlarında artış gözlenmiştir (42).

Sürekli Doğum Desteği: Sürekli doğum desteği, doğum yapan kişiye ebenin veya refakatçisinin verdiği destekleyici bakım süresinin %80'den fazla olması olarak tanımlanmaktadır. Sürekli doğum desteğinde desteği sağlayan kişinin yemek molaları gibi özel ihtiyaçları haricinde anne adayının yanında olması ve destek vermesi gerekmektedir (43,44). Sürekli doğum desteğinin yapılan çalışmalar doğrultusunda da birçok yararı olduğu bilinmektedir (42). Berghella ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmanın sonuçlarında sürekli doğum desteğinin A düzeyinde kanıt kalitesi olan bir uygulama olduğunu belirtmektedir (45). Campbell ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada sağlık profesyoneli dışında ek bir destekçisinin doğum sonuçları üzerinde etkisini incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda doğum süresinde kısalma, travay sürecinde dilatasyon ve efasmanda ilerleme, 1. ve 5. dakikada daha yüksek APGAR skoru gözlenmektedir. Araştırmacılar çalışmanın sonuçlarında sezaryen doğuma

yönelimde bir azalma eğilimi görmelerine rağmen, istatistiksel olarak bir anlamlılığa ulaşmadığını belirtmişlerdir (46). Yapılan başka bir çalışmada doğum eylemi süresince verilen sürekli doğum desteğinin, doğumu kolaylaştırdığı, annenin olumlu bir doğum deneyimi yaşadığı ve anne bebek bağına güçlendirdiği belirtilmiştir (47).

Zhang ve arkadaşları (1996), kadınlar üzerinde sürekli doğum desteğinin etkilerine ait literatürü değerlendirmek amacıyla bir meta-analiz çalışması yapmışlardır. Çalışmanın sonuçlarında doğum desteğinin spontan vajinal doğum oranını iki katına çıkardığı, sentetik oksitosin kullanım oranını ise yarıya indirdiği bildirilmiştir (48). Aynı amaç ile Höglund ve Larsson (2014) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarında da profesyonel destekleyici bakım alan dezavantajlı kadınların anne olma sürecinin kolaylaştığı ve doğumun konforunun arttığı görülmektedir (49). Yapılan literatür çalışmalarından da görüldüğü üzere sürekli doğum desteğinin doğumu kolaylaştırdığı, doğum süresini kısalttığı, müdahaleli doğum oranını azalttığı ve anne bebek sağlığını olumlu etkilediği görülmektedir (50,51). Ayrıca sürekli doğum desteği anne adaylarının memnuniyet ve konforunu artırarak olumlu bir doğum tecrübesi sağlamaktadır.

Desteğin İçeriğine Göre: Doğum sırasında verilen destek türü genellikle kadının durumuna göre değişmektedir. Literatürde doğum desteğinin içeriğine göre farklı başlıklar altında incelendiği görülmektedir. Sauls (2006) çalışmasında destekleyici bakımı altı başlık altında incelemiştir. Bu başlıklar; Somut Destek, Duygusal Destek-Güven verme, Duygusal Destek- Kontrol, Duygusal Destek- Ebelik Bakım Davranışları, Gizlilik ve Rahatlık ve Bilgi Desteğidir (52). Hodent (1996) ise yaptığı çalışmasında doğum desteğini aşağıdaki dört başlıkta incelemiştir. Duygusal Destek, Rahatlığın Sağlanması, Doğru Bilgilendirme ve Tavsiye Desteği, Savunuculuk ve Eş Desteği (53). Adams ve Bianchi (2008) ise çalışmasında doğum desteği dört başlık altında incelemiş ve profesyonel desteğin sağlanması için bu faktörlerin yerine getirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bunlar Duygusal Destek, Fiziksel Destek, Savunma Desteği ve Bilgi Desteğidir (54). Yapılan literatür çalışmalarında da doğum desteği genellikle dört başlık altında incelenmiştir (31,41,55-57).

Duygusal Destek: Doğum desteğinin bileşenlerinden biri olan duygusal destek; gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadına güven vermeyi, sürekli

yanında olmayı ve cesaret verme ile süreci kolaylaştırmayı kapsamaktadır (58). Duygusal destek temelli verilen bakım kadının duygularını ve düşüncelerini pozitif yönde etkileyerek korku ve anksiyetesini azaltmaya yardımcı olmaktadır (2,54). DSÖ, süreç boyunca verilen duygusal desteğin doğum eylemine, anne ve yenidoğana olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir (59). Yapılan bir çalışma doğum eylemi boyunca verilen doğum desteğinin doğum süresini kısalttığını, vajinal doğum memnuniyetini artırdığını ve anne- bebek sağlığını kuvvetlendirdiğini göstermektedir. Travay sürecini çevresinden duygusal destek alarak tamamlayan kadınların rutin müdahalelere de maruz kalmadığı görülmektedir (6). Müdahalelere maruz kalmayan kadınlarda doğum sonrası erken dönemde emzirme ve ten teması sağladığı görülmektedir. Erken dönemde anne ile yenidoğanın tanışması anne-bebek bağlanmasını kuvvetlendirmekte ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (13).

Fiziksel Destek: Gebenin fiziksel anlamdaki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ev işlerine yardım etme, ödünç verme ve genel yardım türlerini içermektedir. Gebelik ve travay döneminde verilen fiziksel destek, doğumun ilerlemesini ve memnuniyeti artırmaktadır. Doğum sonrasında kadına ev işlerinde yardımcı olma, bebeğin ihtiyaçlarını karşılama ile verilen destekleyici bakım lohusanın dinlenmesini ve konforunu sağlamaktadır (60). Doğum eyleminde verilen fiziksel destek temelli bakım; doğumun evrelerinde kadına pozisyon vermeyi, rahatlatıcı masaj yapmayı, sıcak - soğuk uygulamaları, beslenmenin ve sıvı alımının sağlanmasını ve hijyeni kapsamaktadır (56). Doğum eyleminde bireyselleştirilmiş fiziksel bakım doğum eyleminin süresini kısaltmakta, sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum ihtiyacını azaltmaktadır (61,62). Fiziksel destek temelli bakımda kadının hareket özgürlüğünün sağlanmasına yardımcı olunmalıdır. Travay sürecindeki hareketlilik doğumun süresinin azalmasını ve fetüsün rotasyonunu tamamlamasını kolaylaştırmaktadır (63). Sandall ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada verilen fiziksel destek ile müdahaleli doğum oranının ve yenidoğanlarda yoğun bakım ihtiyacının azaldığı sonucuna varılmıştır (64). Gebelik, travay ve postpartum dönemde kadına verilen fiziksel destek memnuniyeti ve konforu artırmaktadır.

Bilgi Desteği: Doğum yapan kişinin eksik olduğu konular hakkında bilgi vermeyi ve yardımı içermektedir. Destekleyici bakım içerisinde verilen bilgi desteği kadına ıkınma teknikleri ve nefes egzersizleri gibi alternatif yöntemleri, doğum

çevresi ile ilgili prosedürleri yapılan müdahale ve uygulamaları ve sürecin ilerleyişi hakkında bilgilendirmeyi kapsamaktadır (65). Doğum eylemi süresince yapılan müdahale, uygulama ve süreç hakkında bilgilendirme kadının sürece dahil olmasını sağlamaktadır. Anne adayının sürece dahil olup karar vermesi doğuma yönelik memnuniyet ve konforunu artırmaktadır. Postpartum dönemde tecrübesi ve bilgisi yeterli olan biri tarafından desteklenen kadınlar dinlenme ve bebeğiyle verimli zaman geçirme için fırsat bulabilmektedir (54,58). Yapılan bir çalışmada kadınların gebelikleri boyunca süreç ile ilgili kararlara katılmak istediğini belirtmişlerdir (66). Gjerdingen ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan çalışmada gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bilgi desteğinin etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarında, süreç boyunca bilgi desteği alan annelerde, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlarının ve postpartum dönemde depresyon görülme sıklığının azaldığı bildirilmiştir (67).

Savunma Desteği: Doğum desteğinin bileşenlerinden biri olan savunuculuk desteği kadının kendisine uygulanacak olan müdahaleler hakkında karar vermesini sağlamayı ve verdiği kararları desteklemeyi, gebeyi korumayı, ihtiyaçlarını karşılamayı ve çevredeki diğer kişilerle iletişim kurmayı içermektedir. Savunuculuk desteği teröpatik ilişki kurmayı içermektedir. Vatansever ve Okumuş (2013)'un yaptığı çalışmada gönüllü olarak katılan 600 kadın incelenmiştir. Katılan kadınların %81.3'nün doğum şekline ve uygulanacak müdahalelere karar vermek istediklerini belirtmişlerdir (68). Ayrıca savunuculuk desteği engelli kadınların gibi dezavantajlı gruplarda daha önemli olmaktadır. Dezavantajlı gruplardaki anne adaylarının haklarına ve kararlarına önem verilmesi ve uygulanması gerekmektedir (69,70). Yukarıda bahsedilen destek bileşenlerinin hepsi ebe ve doğum destekçisi tarafından uygulanabilmektedir. Sağlanan doğum desteği kadının süreç ile baş etmesini kolaylaştırarak süreci hızlandırmakta ve memnuniyeti artırmaktır. Örneğin uzun süredir doğum ağrısı çeken gebenin odasına gelen ebe vajinal muayene yapmak için kadını bilgilendirir ve onay doğrultusunda vajinal muayenesini yapar. Ebe bu şekilde kadını sürece dahil ederek savunuculuk desteği sağlamış olmaktadır. Ebe vajinal muayenesini yaptıktan sonra kadının hala 5 cm olduğunu görür. Dilatasyonu hakkında anne adayına bilgi verir. Bir ilerleme olmaması anne adayının cesaretini ve isteğini kırmıştır. Ebe anneye rahat bir pozisyon verir ve uzun süredir ağrı çekmesine rağmen açılmasının ilerlemediğini ancak bu süreç ile çok iyi baş ettiğini dile getirerek kadına

duygusal destek verir. Gebenin yanındaki doğum refakatçisine ve anne adayına dilatasyonunun ilerlemesini hızlandırmak amaçlı alternatif pozisyonlar hakkında eğitim verir ve kadının hareketlilik kazanmasına teşvikte bulunur. Bu şekilde ebe bilgilendirme ve fiziksel destek sağlamış olmaktadır. Ayrıca kadının hareketliliğini ve pozisyon almasını sağlaması ile de doğum refakatçisi anne adayına fiziksel destek sağlamış olmaktadır. Anne adayına verilen destek bütünü ile kadın cesaretlendirilmiş ve konforu sağlanmıştır. Ayrıca kadının normal doğuma olan isteği kaybolmamış ve sürece dahil olarak memnuniyet düzeyi artmıştır.

2.6. DOĞUMDA MEMNUNİYET VE KONFOR

“Memnuniyet” kavramı Latince kökenli olup “yeterli” anlamına gelmektedir. Türk Dil Kurumu (TDK) “memnuniyeti”, “memnun olma, sevinç duyma, sevinme” olarak tanımlamaktadır (71). Memnuniyet; gerekli olan her şeyin sağlanması ile beklentilerin ve isteklerin bütününe yerine getirilmesini ifade etmektedir (72). Doğumda hasta memnuniyeti, hastanın istek ve beklentilerinin karşılanma düzeyi konusunda bilgi veren, verilen bakımın kalitesini gösteren ve karar verme yetkisinin hastaya ait olduğu temel ölçütlerden biridir (73,74). “Konfor” kavramı ise Fransızca kökenli olup sözlük anlamı ile günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Kolcaba tarafından geliştirilen konfor kuramı doğrultusunda, bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikosprituel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde, bireysel ve holistik bir konu olarak da tanımlanabilmektedir (75,76).

Doğum memnuniyeti, gebenin yaşadığı doğum deneyimini değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Doğuma ilişkin memnuniyetin belirlenmesi yenidoğan ve annenin dolayısıyla da toplum sağlığının iyilik halinin belirlenmesi açısından son derece önemlidir (77). Doğuma yönelik konfor ve memnuniyetin artması olumlu doğum deneyimi ile ilişkilidir. Olumlu doğum deneyimi kadınlara; anne bebek bağlanmasında, postpartum dönem ruh sağlığında ve bir sonraki doğum planlamasında olumlu katkılar sağlamaktadır (78). Doğum eylemi boyunca gebenin konforunu sağlamak doğuma yönelik memnuniyeti de artırmaktadır. Kadınların bulunduğu süreç içindeki konfor düzeyi ne kadar iyiye eyleme yönelik memnuniyeti de o doğrultuda artmaktadır.

Gün ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada kadınlara verilen destekleyici bakımın doğuma yönelik konforu artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (79). Başka

bir çalışmada ise araştırmacılar doğum şeklinin doğum memnuniyet ve konforu üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarında vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapanlara kıyasla konfor oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (80).

2.7. DOĞUMDA MEMNUNİYET VE KONFORU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doğum, kadınların hayatını etkileyen önemli bir deneyimdir. Bu deneyimi yaşayan kadınlara konforun özümlemesi ile verilen bakım, eyleme yönelik memnuniyeti de artmaktadır. Çoğu anne adayları doğumu olumlu bir deneyim olarak tarif etmektedir (12). Bazı kadınlar ise doğumu acı verici bir olay olarak tanımlamaktadır (81). Kadınların doğumlara ait deneyimleri, sürece yönelik memnuniyetin düzeyini göstermektedir. Konfor kişisel ihtiyaçların karşılanması, rahatlama ve olaylar ile baş edebilmeyi sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla doğuma yönelik memnuniyet, çevre tarafından sağlanan konfor ile ilişkilidir (81,82). Doğumun konforunun dolayısıyla da memnuniyet düzeyinin artması doğum sonrası anne bebek bağlanmasını kuvvetlendirmektedir. Doğum sürecini ve yenidoğanın uyumunu kolaylaştırmakta, olası komplikasyonları azaltmaktadır (82). Doğuma yönelik konfor ve memnuniyetin, fiziksel ve psikososyal faktörler tarafından etkilendiği bilinmektedir (83,84). Yapılan çalışmalarda yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gebelik sayısı ve gebeliğin planlı olması gibi özelliklerin doğuma yönelik memnuniyeti ve konforu etkilediği görülmektedir (80,85,86). 137 çalışmayı içeren bir sistematik derlemede etkileyen faktörler; bireysel beklentiler, verilen destek, gebe ve destekçisi arasındaki iletişim ve karar verme sürecine dahil olma olarak belirtilmiştir (87). Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ise etkileyen faktörler; doğum süreci boyunca yaşanan ağrı (81,85,88), gereksinimlerin karşılanması (86), sürece aktif olarak dahil olma (89), doğum şekli (17), maternal ve neonatal açıdan beklenmedik bir komplikasyon (81,90), sağlanan destek (79) olarak belirtilmiştir. Bilgin ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların doğum memnuniyeti sezaryen ile doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (1). Ayrıca doğuma yönelik müdahaleler (vakum-forseps) ve doğumda yenidoğan ile ilgili gelişen komplikasyonların doğum memnuniyetini azalttığı da bilinmektedir (1,91). Pınar ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyinin, doğum şeklinin, gebeliğin planlı olmasının, doğum sonrası yaşanan sorunların, kişinin

beklentilerinin karşılanma durumunun, aldıkları bakımın ve çevresel koşulların kadınların konforunu etkilediği sonucuna varmaktadırlar (20). Tosun (2019) ise yaptığı araştırma da, travay sürecinde alınan duşun doğum ve doğum sonrası konforuna etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarında duş almanın direk bir etkisi olmasa da doğum sonuçlarını olumlu etkileyerek kadınların memnuniyet ve konforunu olumlu yönde etkilediği elde edilmiştir (92). Gebelik ve doğum süreci kadınları fiziksel ve psikolojik açıdan etkileyen bir dönemdir. Olumlu bir gebelik ve doğum süreci anne adaylarının sonraki yaşamlarının konforunu da etkilemektedir. Kadınlar yaşadıkları müdahaleli doğum sonrasında epizyotomi, memelerde dolgunluk, yorgunluk ve ağrı gibi durumlardan şikâyetçi olmaktadır. Bu sıkıntılar annenin bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamasında da aksaklık yaşamasına sebep olmaktadır (93).

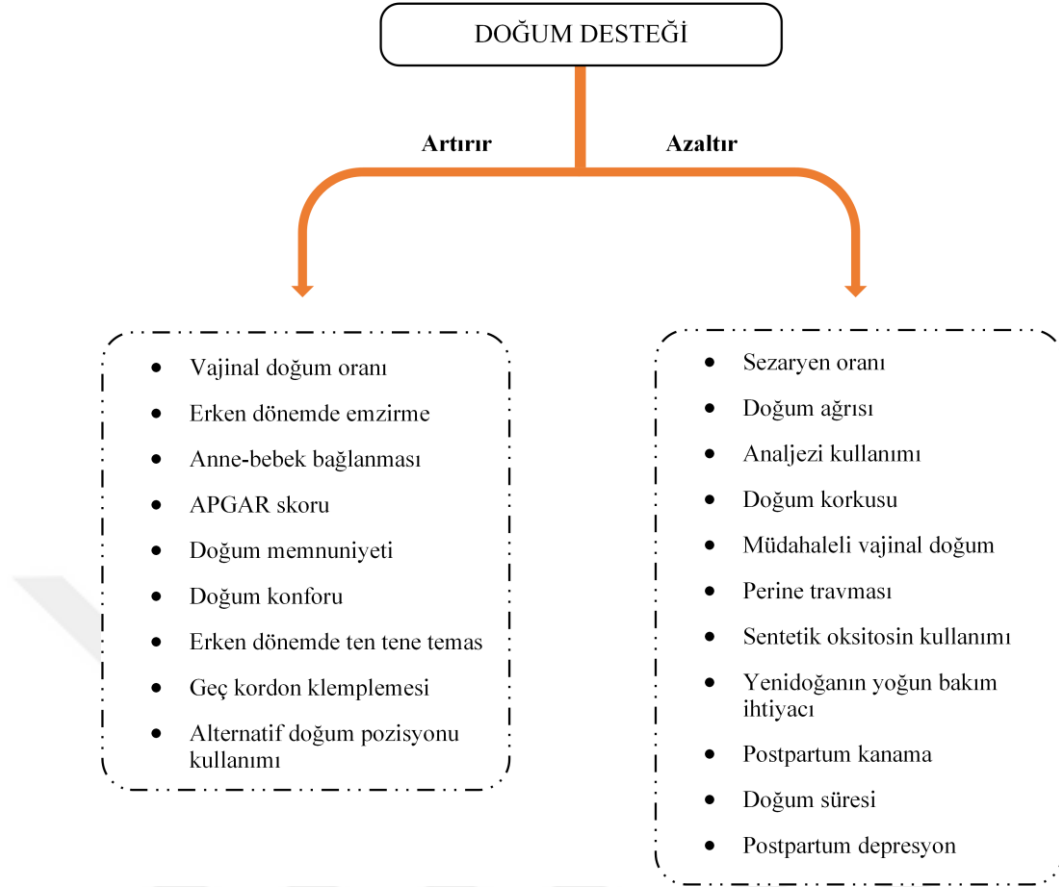
Kadınların bu süreç ile baş edebilmesini kolaylaştırmak için çevresindeki kişilerden destek görmesi son derece önemlidir. Yapılan bir çalışmada da belirtildiği üzere annelerin fiziksel şikayetleri azaldıkça konfor düzeyi artmaktadır (94). Doğum sürecinde kadınların istedikleri bir refakatçi veya çalışan ebeler tarafından desteklenmesi kadının şikayetlerinin azalmasına yardımcı olacak ve memnuniyetini artıracaktır. Verilen desteğin kadınlarda; anksiyetenin azalmasına, kendilerine güvenlerinin artmasına, anne bebek bağının kuvvetlenmesine ve sürece yönelik memnuniyetin artmasını sağlamaktadır (72) Kurt Can (2020) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarında da kadınların, vajinal doğum sürecini sezaryen doğum sürecine kıyasla daha konforlu ve yüksek memnuniyet oranı ile geçirdikleri görülmüştür (17). Normal doğuma yönelik bu olumlu bakış kadınların sonraki doğumlarında da normal doğuma yönelmesini sağlamaktadır. Hatta bu memnuniyet kadınların çevresinde ki kadınları da olumlu yönde etkilemektedir. Konforlu geçirilen doğum, memnuniyeti sağlayarak normal doğum oranlarını artırmaktadır (54).

2.8. DOĞUM DESTEĞİNİN ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞINA ETKİSİ

Destekleyici bakım maternal ve neoanatal sağlığın korunması ve sürdürülmesi için son derece önemlidir. Gebelik, doğum ve doğum sonunda alınan destekleyici bakımın gebelerin memnuniyet ve konforunu artırdığı aynı zamanda yenidoğanın ekstrauterin hayata uyumunu kolaylaştırdığı bilinmektedir (95). Yapılan çalışmalarda destekleyici bakım alan anne adaylarının doğum korkularının, doğum ağrılarının ve doğum sürelerinin azaldığı görülmektedir (55,96). Ayrıca kadınların doğum

memnuniyet ve konfor oranı artmakta, doğumu hayatlarının en güzel deneyimlerinden biri olarak hatırlamalarına katkı sağlamaktadır. Artan doğum memnuniyeti normal doğuma olan yönelimi artırarak isteğe bağlı sezaryen oranını düşürmektedir (97). Doğum desteğinin amaçlarının sağlanabilmesi için doğum yapılacak olan çevrenin uygun olması gerekmektedir. Annenin rahat hareket edebileceği, kendini huzurlu ve güvende hissedeceği ve doğum sonrasında anne ve bebeğin bir arada kalmasını sağlayacak özelliklerde olması gerekmektedir (98,99). Annenin travay ve doğum sürecinde destekleyici bakım ile huzurlu ve sessiz bir ortamda bulunması doğumun ilerleyişini kolaylaştıracak, müdahale ihtiyacını en aza indirebilecektir (100).

Yenidoğanın anne ile aynı odada olması ile erken dönemde ten teması sağlanarak anne ve bebek bağlanması kuvvetlenebilmektedir. Erken dönem ten teması emzirmenin başarısını artırmakta, yenidoğanın ekstrauterin hayata geçişini kolaylaştırmaktadır. Bu sayede bebeğin erken dönem gelişimsel ihtiyaçları karşılanabilmektedir (101,102). Literatür incelendiğinde doğum desteğinin sadece maternal sağlığı değil neonatal sağlığı ve doğum sürecini de olumlu yönde etkilediği görülmektedir (6,33,42,97,98,100). Destekleyici bakımın yararları Şekil 5' te yer almaktadır. Şekil 5'te gösterildiği üzere destekleyici bakım; vajinal doğum oranını, doğum memnuniyeti ve konforunu, anne ve bebeğin erken dönemde ten teması sağlaması ile de emzirme başarısını artırmaktadır (96,98,100,103). Ayrıca doğum süresini, ağrı skorunu, sezaryen oranını, postpartum depresyonu ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacını azalttığı yapılan çalışmalarda görülmektedir (98-100). Kadınların travay ve doğum sonrası dönemde destekleyici bakım alması için ebeler tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Kadınlara bu süreçte fiziksel yardım ve duygusal destek alabileceği bir refakatçi seçmesi konusunda destek olunmalıdır. Anne adaylarının ve ailelerinin eksikleri belirlenmeli bu konuda eğitimler verilerek eksikler giderilmelidir. Langer ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmanın sonucunda destekleyici bakım alan kadınların emzirmeye bakış açılarında iyileşme, tıbbi müdahalelerde ve travay süresinde azalma olduğu gözlenmiştir (104). İncelenen literatür çalışmalarında da görüldüğü üzere çalışmalara katılan kadınların tamamı destekleyici bakımdan memnun olduklarını belirtmektedir (100,104-106).



Şekil 2.5: Doğum desteğinin etkileri

2.9. DOĞUM ORTAMI

Doğum süreci boyunca, kadınlar genellikle kontrol duygularını sürdürebilmek için karar verme sürecine dahil olmak istemektedirler. Günümüzde yaygın olarak kullanılan doğum odaları, çalışanların yararına uygun olarak tasarlanmaktadır. Bu tür doğum ünitelerinde doğum yapan gebeler yeni nesil teknolojik makinelerle çevrili bir ortamda bulunmak zorunda kalırlar. Bu çevre, kadınların özerkliğini, hareket özgürlüğünü ve doğumla başa çıkabilme becerisini etkileyebilmekte ve dolayısıyla da korkuyu artırabilmektedir (107).

Doğum yapılan çevrenin, kadınların doğum deneyimlerini ve doğumun fizyolojik sürecini önemli yönde belirlediğine dair bulgular bulunmaktadır (107,108). Doğum süresince bir kadının gördüğü, duyduğu veya kokladığı her şey doğumunu potansiyel olarak etkilemektedir. Sakin, rahat ve loş ortamlar adrenalin salınımını azaltmakta ve optimum doğum süreçlerini desteklemek için oksitosin üretimini desteklemektedir. Kadınlar doğum yapacakları odayı istedikleri eşyalar ile donatıp seçtikleri müzik ile kendilerine has bir ortama dönüştürebilmelilerdir. Kadınların

kendilerini rahat hissettiği ortamlarda doğumun ilerleyişi olumlu şekilde ilerlemektedir. Ülkemizdeki yaygın doğum üniteleri incelendiğinde gebelerin mahremiyetinin göz ardı edildiği ve hareket kısıtlaması ile rutin müdahalelere maruz bırakıldığı görülmektedir (6,107). Bu durum olumsuz doğum deneyimine ya da sezaryen ile sonuçlanmış bir doğuma neden olabilmektedir.

Kadınlara olumlu doğum deneyimi yaşatmak ve normal doğuma yönelimi artırmak için; doğum ortamları kadınların rahatça hareket edebileceği şekilde tasarlanmakta, doğum yatağının yanında doğum minderleri, top ve tabureler kullanılabilmektedir (109,110,111). Doğum yapılan çevrenin doğum deneyimini etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (99). Hodnett ve arkadaşları (2010) bu konuda yaptığı geniş çaplı bir çalışmada doğum yapılan ortamın etkilerini incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışta ve epidural analjezi kullanımında azalma görülmüştür. Ayrıca normal doğum oranlarında ve doğum memnuniyetinde artma olduğu da bildirilmiştir (112). Yapılan çalışmaların sonuçlarından da yola çıkıldığı üzere doğum ortamı, doğumun süresini, doğum deneyimini ve korkuya bağlı hormonal değişiklikleri etkileyebilmektedir. Ülkemizde son zamanlarda uygulamaya geçmiş olan Travay-Doğum-Lohusa (TDL) odaları eski doğumhane sistemindeki eksiklikleri gidermeye yönelik olarak tasarlanmıştır. Bu odalar ile; Normal doğuma teşvik artmakta, gebeler, yanında istediği bir refakatçisi ile kendilerini evlerinde gibi rahat hissetmekte ve hareket özgürlüğü sağlayabilmektedir. Bu sayede anne adaylarının memnuniyeti artmakta ve normal doğuma teşvik oluşmaktadır (112,113). Konforu artırmak amaçlı tasarlanan bu odaların anne ve yenidoğan sağlığı açısından birçok yararı bulunmaktadır (114,115). Doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada kalmasını sağlayan bu odalar yenidoğanın ekstrauterin hayata geçişini de kolaylaştırmaktadır (114). Anne ve bebeğin bir arada bulunması, erken dönemde ten tene temasın başlatılması için kolaylık sağlamaktadır. Erken dönemde sağlanan ten teması, anne ve yenidoğanın hormonal durumunu normalleştirerek anne ve bebeğin sakinleşmesini ve iyileşme süreçlerini kolaylaştırmaktadır (115,116). Aynı zamanda sağlanan yakın temas temel çocukluk gelişimi için önemli bir unsurdur (117,118). DSÖ doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde emzirmenin başlatılmasını ve ten tene temasın sağlanmasını önermektedir (119). Güvenli bir ortamda normal, tıbbi olmayan bir doğum annede oksitosin hormonu salınımını artırır. Oksitosin hormonu annenin süt salınımını ve rahmin

kasılmasını sağlayarak doğum öncesinde bebeğin inişini doğum sonrasında ise rahmin toparlanmasını kolaylaştırmaktadır. Oksitosin hormonunun salgılanabilmesi için çevrenin loş ve sakin olması gerekmektedir. Eğer anne stresli ve gergin ise oksitosin hormonu salınımı negatif yönde etkilenmektedir (115). Yüksek stresli bir ortamda doğan bebek ekstrauterin hayata uyum sağlamakta zorlanmaktadır. Kaç ya da savaş olarak bildiğimiz tepki ile yenidoğan vücudu temel gereksinimler dışındaki tüm fonksiyonlara kendini kapattığı bilinmektedir. Bu durum yenidoğanın anne sütü alınımlı ve çevreye uyum sürecinde aksamalara sebep olmaktadır (115,118). Oksitosin açısından zengin bir ortamda doğan bebek kendini güvende hissederek rahatlamaktadır. Bu sayede bebeğin anne ile ten tene teması sağlanarak emzirtilmesi başlatılabilmektedir (119,120). Yakın temas ile sağlanan oksitosin hormonu annenin doğum sonrası iyileşme süresini de azalmaktadır (118). Son 5 yıla ait çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede, yapılan erken dönem ten temasının, bebeğin ağlamalarını azalttığı, emzirme sonuçlarına ve kardiyo pulmoner sistem üzerinde pozitif etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda, ten temasının plasentanın doğumunu kolaylaştırabileceği de bildirilmiştir (120,121). Hodnett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2010) ev ortamı benzeri doğum merkezlerinin; annelerde sentetik oksitosin kullanımının azalması, doğum memnuniyetinin artmasında, ilk emzirmeye başlamada ve emzirmenin sürdürülmesinde olumlu etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır (112).

Jenkinson ve arkadaşları (2013) tarafından doğum alanının nasıl tasarlanması gerektiğine yönelik oluşturulan rehberde (122) aşağıdaki öneriler bulunmaktadır:

- Doğumda kadının mahremiyetin sağlanması,
- Kadının gebelik ve doğum sırasında alternatif pozisyonları kullanmasına izin verilmesi,
- Kadının istediği zaman duşa girmesine izin verilmesi,
- Kadının doğum yapacağı ortamı istediği eşyalarla düzenlemesi ve istediği müziği dinlemesine izin verilmesi,
- Doğum odasında top, ip ve dik bir sandalye gibi doğum için dik pozisyonda kalmaya yardımcı olan ve destekleyen ekipmanın bulunması ve kullanılmasına teşvik edilmesi,

- Kadınların doğum yapacakları ortamda rahatça hareket etmesine izin verilmesi,
- Kadınların yanında istedikleri bir refakatçisini getirebilmeleri için imkanların sağlanması.

Literatürdeki çalışmalardan da çıkarılan sonuç doğrultusunda doğum ortamının maternal ve neonatal açıdan birçok yararı bulunmaktadır. Günümüzde kullanılan doğum ünitelerinin kadınların memnuniyet ve konforunu artırıcı yönde tasarlanması gerekmektedir.

2.10. DOĞUM DESTEĞİ VE EBELİK BAKIMI

Ebeler doğum alanında uzmanlaşmış kişilerdir. Prenatal, innatal ve postnatal bakımdan sorumlu olan en önemli sağlık profesyonelleridir (107). Ebelerin, klinik becerilerinin gerekli olmasıyla birlikte, doğum yapan kadınlarla duygusal olarak bağlantı kurma ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olabilecek yeteneklere ihtiyaçları vardır (6). Doğum süreci, anne adaylarının fiziksel ve duygusal açıdan desteğe en ihtiyaç duyduğu zamanlardan birisi olmaktadır. Eylem boyunca yanlarında kendilerine duygusal ve pratik anlamda yardımcı olacak bir refakatçi bulundurmak istemektedirler (6,122). Ayrıca doğum süreci ve yapılan müdahaleler hakkında bilgi almak, doğru ve gerekli uygulamalar ile sürecin yönetilmesini istemektedirler. Gebelere doğum desteği sadece partneri veya akrabasından tarafından sağlanmamalıdır. Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara verilmesi gereken destekleyici bakımın kilit rolünü oynamaktadırlar. Kadınlar doğumuna eşlik edecek olan sağlık profesyoneli tanımaya, güvenmeye ve desteğini görmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Tüm kadınlar, en uygun doğum alanının nasıl oluşturulacağını bilen ebeler ve refakatçiler ile fizyolojik süreçleri destekleyen bir ortamda doğum yapmaları için desteklenme fırsatına sahip olmalıdırlar (122).

Destekleyici bakımın, bir kadının doğum deneyimi ve doğum ağrısı ile başa çıkmasında olumlu bir etkiye neden olduğunu yapılan çalışmalar da desteklenmiştir (87,122-125). Hodnett (2002), kadınların doğumdaki memnuniyetlerine ve ağrılarına ilişkin algılarını incelediği sistematik bir derlemesinin sonucunda memnuniyet ve algıyı etkileyen 4 faktör olduğunu belirtmektedir (87). Belirtilmiş olan bu 4 faktör; kadınların destekçilerinden aldığı desteğin miktarı, destekçisi ile arasındaki iletişimin

kalitesi, doğum beklentileri ve karar verme sürecine katılımıdır. Ebeler doğum süresi boyunca kadınların yakınlarından duygusal ve fiziksel anlamda destek görmesini sağlamalıdır. Kadınlara yapılacak olan müdahaleler hakkında bilgi vermeli ve karar verme sürecinde aktif olarak rol almaları bakımından kadının eksik olduğu yönlerini belirlemeli ve eğitimler vermelidir. Ebelerin destekleyici bakım ile doğal doğuma olan yönelimin artışı görülmektedir. Destekleyici bakım ile gerçekleşen doğumların sonuçlarında olumlu yönde artış görülmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada toplam 15.858 kadın içeren çalışmalar analiz edilmiş şu sonuçlara varılmıştır. Vajinal doğuma yöneliş artmakta, travay süresi kısaltmakta, müdahaleli doğum oranı ve analjezi kullanımı azalmaktadır (6). Doğum kadınlar tarafından korku ve endişe verici olarak algılanmaktadır. Abushaikha ve Sheil (2006), 85 kadın ile yaptığı çalışmada ebe desteğinin doğum stresi üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonuçlarında ebeler tarafından verilen doğum desteğinin, doğum stresini azalttığını ve ebelerin doğum için önemli bir destek kaynağı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınlar, ebeler tarafından verilen doğum desteğinin eş/aile tarafından verilen doğum desteğinden sonra en önemli destek kaynağı olduğunu belirtmişlerdir (127).

Kadınlar süreç boyunca güvende hissetmek, önemsenmek ve saygı görmek istemektedirler. Ebeler kadınları dinlemeli ve sözleri ile onlara güven vererek teselli etmelidirler (126,127). Yapılan çalışmalarda ebe liderliğindeki destekleyici bakım ile maternal ve neonatal morbiditenin ve doğumlardaki müdahale oranının azaldığı görülmektedir (128). Ayrıca ebe temelli sunulan hizmetlerin anne bebek bağlanmasını olumlu yönde etkilediği, ten temasının daha erken dönemde sağlandığını ve kadınların iyileşme süresinde azalma sağladığı bilinmektedir (129). Doğum süresince kadının yeterli desteği görememesi doğum memnuniyetinin azalmasına, doğum korkusunun ve sezaryen doğuma olan yönelimin artmasına sebep olmaktadır. Kadınlara yapılan farmakolojik müdahaleler sebebiyle süreç doğal olmaktan uzaklaşmaktadır. Bu durumu pozitif yöne çevirmek, doğum memnuniyetini artırmak ve kadınları süreç boyunca aktif kılmak için ebelerin sağlayacağı destekleyici bakım son derece önemlidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç için ebe temelli bir bakım modelinin uygulanmasına ihtiyaç vardır. Leap ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir araştırmaya katılan kadınlar, hamilelikleri boyunca ebeleriyle güvene dayalı bir ilişki geliştirerek farmakolojik ağrı kesiciler kullanmadan doğum ağrısı ile baş edebildiklerini ve doğum deneyimlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Leap ve arkadaşları çalışmalarının sonucunda, doğumda ebelik yaklaşımlarındaki önemin ve bakımdaki kişisel sürekliliğin, kadınlar için olumlu bir doğum deneyiminin desteklenmesi için önemli etkilere sahip olduğunu vurgulamıştır (124).

Aktaş ve Gökgöz (2015) tarafından 230 kadın ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarında kadınların olumlu doğum deneyimi yaşayabilmeleri ve normal doğumdan memnuniyet sağlayabilmeleri için ebelerin gebelik ve doğum sürecinde kadınlara destekleyici bakım vermesi gerektiğini belirtmişlerdir (130). Kobayashi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2017) ebeler tarafından kadınlara sağlanan desteğin ve danışmanlığın etkinliğini araştırmak amaçlanmaktadır. Çalışmada toplam 10.421 hamile kadınla yapılan beş çalışma derlenmektedir. Ebeler tarafından verilen doğum desteğinin, müdahaleli doğumları azalttığı, normal doğum oranlarını ve anne memnuniyetini artırdığı sonucuna varılmıştır (131). Aktaş ve Can (2019) tarafından yayınlanan bir derlemede Kanada'daki doğum merkezleri incelemişlerdir. Çalışmada ebelerin aktif rol aldığı bir hastanenin verileri incelendiğinde şu sonuçlara varılmıştır. 2000-2015 yılları arasında gerçekleşen doğumların %97'sinin ebeler tarafından spontan vajinal doğum ile gerçekleştiği, bu doğumların sadece %1'inin müdahaleli vajinal doğum olduğu ve sadece %1.9'nun sezaryen ile gerçekleştiğini belirtilmiştir. Ayrıca bu doğumların %8,6'sında sentetik oksitosin, %11,6'sında analjezik kullanıldığı, doğumların %71,6'sında perine bütünlüğünün bozulmadığı, %15 oranında postpartum kanama görüldüğü belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda aktif ebelik bakımının maternal mortalite ve morbiditeyi azalttığı görülmektedir (132). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ebe temelli verilen destekleyici bakımının doğum sonuçlarını, memnuniyetini ve maternal ve neonatal sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmektedir (133, 134).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi doğum ünitesine doğum için başvuran multipar kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası süresinde aldıkları doğum desteğinin memnuniyet ve konfora etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Çalışma, doğumda aile desteğinin doğum memnuniyetine ve konfora etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Araştırma kapsamına alınan kadınlara verilen doğum desteği doğum memnuniyeti ve konforunu etkiler mi?
2. Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri DKÖ ve NDAMDÖ puan ortalamalarını etkiler mi?
3. Araştırma kapsamında kadınların obstetrik özellikleri DKÖ ve NDAMDÖ puan ortalamalarını etkiler mi?

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma; Temmuz -Eylül 2021 tarihleri arasında İstanbul ili Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Doğum Ünitesi'nde yapılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı kurumda doğum ünitesinin içinde bulunan Travay Doğum Lohusa (TDL) odaları anne dostu hastane kapsamında oluşturulmuş tek kişilik odalardır. Her odada, tuvalet, banyo, buzdolabı, televizyon ve refakatçiler için koltuk bulunmaktadır. Odaların yapısı hasta mahremiyetine uygun olarak tasarlanmıştır.

Bu odalar anne adaylarının ev konforunda, rahat, güvenli, tecrübeli doğum ekibiyle odasından başka yere taşınmadan yatağında doğum yapabilmesi, bebek ile annenin ilk ten temasının sağlanması ve iyileşme sürecinin hızlanmasıyla aynı odadan taburcu olmasını sağlayacak özel olarak tasarlanmış odalardır. Bu odalarda anneler istediği durumda bir yakınının refakat etmesine de olanak sağlanmaktadır. Doğum ünitesi TDL odaları (Resim 3.1) ve (Resim 3.2)' de gösterilmiştir.

Doğum ünitesi 2 koridordan oluşmakta ve toplam 28 adet doğum odası bulunmaktadır. Her odada radyan ısıtıcı, Elektronik Fetal Monitör (EFM) ve doğum masaları vardır. Sezaryen doğumların gerçekleştirildiği doğum ünitesinden geçiş alanı bulunan acil sezaryen ameliyathanesi bulunmaktadır. Doğum ünitesinde anne ile ilgilenen 39 kişilik ebe ekibi ve bebek ile ilgilenen 22 kişilik ebe ekibi görev yapmaktadır. Çalışma sistemi 08.00-16.00 gündüz, 16.00-08.00 gece nöbeti ve 08-08 nöbet şeklindedir.

3.4.1. Doğum Ünitesi İşleyişi

Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde değerlendirildikten sonra bir süre takip edilmektedir. Yatış kararı verilenler kadın doğum acil bölümünde yatış işlemleri tamamlandıktan sonra doğumhaneye kabul edilmektedir. Gebelerin acil kadın doğum ebeleri tarafından ön anamnezi alınıp, damar yolu açılmakta ve tetkikler için numune alınmaktadır.

Doğumhaneye kabul edilen gebelere veri giriş personeli tarafından yatış işlemi yapılmaktadır. Yatış işlemi sonrasında gebeler muayene odasına alınmakta, sonra hekimler tarafından ultrason değerlendirilmesi yapılmakta ve doğumhane önlüğü giydirilmektedir. Sonrasında gebe odasına alınan annelerden detaylı anamnez alınmakta ve fetal takip amacıyla Non-stress test (NST) için yatağına alınmaktadır. Her iki koridorda da ebe bankalarında NST traselerinin yansıdığı bir ekran bulunmaktadır. Gebelere elektronik fetal monitorizasyon (EFM) yapıldıktan sonra yürümelerine izin verilmektedir. Ayrıca sürekli monitörizasyonun sağlanması gereken gebeliklerde yürümenin sağlanması amacıyla bluetooth bağlantılı EFM cihazları bulunmaktadır. Doğum sırasında yataklar oda personelleri tarafından doğum yatağına çevrilmekte doğumlar ebeler ya da kadın doğum doktorları tarafından gerçekleştirilmektedir. Doğumda plasenta ayrıldıktan sonra 1000 ml serum içerisine 20 ünite oksitosin intravenöz (IV) olarak verilmekte ve 10 ünite oksitosin intramüsküler (IM) olarak uygulanmaktadır. Doğum sonrasında kanama ve vital bulgu takibi sürdürülmektedir.

Yenidoğanın karşılanması ve ilk muayenesi için bebek ebeleri ve pediatri doktoru doğuma eşlik etmektedir. Yenidoğanın ağırlık, boy, baş çevresi ölçümleri yapıldıktan sonra annenin dosyasına yazılmakta, bebeğin kimlik tespiti için ayak izi

alınmaktadır. Bebeğin bakımı tamamlandıktan sonra bebek anne yanına verilerek emzirmesi desteklenmektedir.



Resim 3.1: Doğum ünitesi travay-doğum-lohusa odası (TDL)



Resim 3.2: Doğum ünitesi travay-doğum-lohusa odası (TDL)

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Temmuz 2021- Eylül 2021 tarihleri arasında, İstanbul ili Başakşehir ilçesinde bulunan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde bir yıl içinde doğumunu yapmak üzere gelen 3600 multipar gebe oluşturmuştur.

3.5.1. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem; evreni belli olan örneklem belirleme formülü ile minimum N=347 gebenin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği saptanmıştır. Çalışmada kayıp veriler olacağı öngörüldüğünden çalışma 350 gebe ile gerçekleştirilmiştir.

N: Evren: 3600

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı: 0,5

q: 1-p (veya ilgilenilen olayın görülmeme olasılığı) : 0,5

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer: 1,96

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen±sapma: 0,05

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{3600 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05^2 \cdot (3600 - 1)) + (1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5)} \cong 347$$

3.5.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve onam alınan gebeler,
- İki veya daha fazla gebeliği olanlar,
- Vajinal doğum planlayanlar,
- Canlı, sağlıklı bir fetüse sahip olan,
- İletişim kurma problemi olmayanlar.

3.5.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaktan vazgeçmek isteyenler,
- Doğumun sezaryen ile sonlandırılması,
- Uyum sağlayamayanlar,
- İletişim problemi yaşayanlar,
- İlk doğumunu gerçekleştirecek olanlar.

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.6.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Gebenin sosyo-demografik özellikleri (yaş, evlilik süresi, kilo, boy, meslek, çalışma durumu, aile tipi, ekonomik düzeyi), gebelik sayısı, destek aldığı kişi.

3.6.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Gebelerin doğum memnuniyeti ve doğum konfor ölçeği puanı.

3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Anne Anket Formu (Ek-3), Doğum Konforu Ölçeği (Ek-4) ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Ek-5) kullanıldı.

3.7.1. Anne Anket Formu (Ek-3)

Anne tanılama formu; sosyo-demografik özellikleri tanımlayan ve araştırmacı tarafından ilgili literatür taranıp incelenmesi sonucunda aile desteğinin doğum memnuniyeti ve konforuna etkisini saptayan sorulardan oluşturulmuştur. Bu form bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurulup gebenin onamının alınmasının ardından uygulandı.

Sosyo-demografik özellikler ile ilgili sorular; gebenin yaşı, medeni durumu, evlilik süresi, öğrenim ve çalışma durumu, gelir durumu, mesleği, aile tipine ilişkin soruların yer aldığı toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

Gebenin tıbbi ve obstetrik özellikleri ile ilgili sorular; gebelik, düşük, küretaj bilgileri, gebelik haftası, gebeliğin planlı olma durumu, sigara kullanımı, gebelik boyunca egzersiz yapma durumu, doğum sürecinde hangi aile üyesinden destek gördüğü, doğum deneyimine ait görüşü gibi özelliklerini içeren toplam 15 soru içerip anket toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Doğum Konforu Ölçeği (DKÖ) (Ek-4)

Orijinal adı “Childbirth Comfort Questionnaire” Kolcaba’nın konfor kuramından esinlenerek, 2003 yılında Schuiling tarafından geliştirilen ölçektir. Schuiling, Sampslle ve Kolcaba’nın çalışmasında (2011) ölçeği doğumhanede latent fazdaki 64 gebe kadına uygulamıştır (134). Cronbach alphası 0,71 olan ölçeğin, faktör analizi sonucu yapısında fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel olarak adlandırılan 4 faktör bulunmuştur.

Doğum Konforu Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda 9 maddeye indirgenmiş, 3 faktör yapısına sahip şeklinin doğumda kadının konfor düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Cronbach alphası 0,75 olarak bulunmuştur (135). Bu çalışma için Cronbach alpha değeri 0,836 olarak belirlenmiştir.

3.7.3. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ) (Ek-5)

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek annelerin kendisi tarafından doldurulabilmektedir. Maddeler ifadelere katılıp katılmama durumuna göre (1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum) 5’li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. On üç madde (7,8,9,10,19,20,21,22,35,36,38,41,42) ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde “1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” yerine “5-Katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılıyorum ve 1-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanır.

Ters puanlı maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı “toplam ölçek puanını” verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise “toplam alt boyut puanı” olarak kullanılabilir. Toplam ham puan 43-215 arasında

değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği için hesaplanan kesme noktası puanı 150,5 olarak belirlenmiştir ($\geq 150,5$ memnuniyet düzeyi yüksek, $< 150,5$ memnuniyet düzeyi düşük) (136 ,137). Bu çalışma için Cronbach alpha değeri 0,975 olarak belirlenmiştir.

3.7.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri; araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve vajinal doğum yapan 350 anneden toplanmıştır. Anketler doğum ünitesinin tek kişilik TDL odalarında kadınların kendilerini iyi hissettikleri zamanda yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin toplanması Temmuz 2021 - Eylül 2021 tarihleri arasında yapıldı. Veriler, araştırmacı tarafından haftanın 7 günü doğumhaneye gidilerek elde edildi. Kadınlara anne anket formu araştırmacı tarafından sorularak dolduruldu. Doğum konfor ölçeği ve normal doğumda anne memnuniyeti değerlendirme ölçeği odalarında kadınlara verilerek formların doldurması istendi. İlk olarak doğumhaneye yatışı yapılan gebelere araştırma hakkında bilgilendirme yapıp katılmayı kabul eden anne adaylarına bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Kadınlara, araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ve araştırmanın herhangi bir safhasında çekilebilecekleri konusunda bilgilendirme yapıldı. Anketlerde ilk olarak travay sürecinin aktif fazında olan gebelere konforu belirlemek amacıyla “Doğum Konforu Ölçeği’ni” doldurmaları istendi. Daha sonrasında doğum sonrası kadınların ağrı seviyelerinin düşük olduğu kendilerini iyi hissettikleri zamanda anne anket formu ve doğum sonu memnuniyetini değerlendirmek amacıyla “Normal Doğum Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği’ni” doldurmaları istendi. Verilerin toplanması travay süreci için yaklaşık 5-10 dakika, doğum sonrası için de yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7.5. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılacak İstatistiksel Yöntemler

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25,0 programı kullanılarak analiz edildi. Kişisel bilgiler için betimsel istatistik parametreleri olarak frekans (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapıldı. Nicel değişkenleri karşılaştırmak için öncelikle parametrik test

koşullarının sağlanıp sağlanmadığı araştırıldı. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır. Normal dağılıma sahip veriler ile niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulandı. Normal dağılıma sahip olmayan veriler ile niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney-U, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis analizleri uygulandı. Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkiyi test etmek için ise Pearson ve Sperman korelasyon uygulandı.. Anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edildi..

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmaya sadece İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde Doğum Ünitesi'ne doğum için gelen kadınların dahil edilmesi çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli etik izin (21/243) alındı (Ek-1).

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 16.07.2021 tarihinde kurum izni (15916306-604.01.01) alındı (Ek-2).

Araştırmaya katılma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılan tüm kadınlardan bilgilendirilmiş onam formu alındı (Ek 6).

4. BULGULAR

Bu bölümde doğum desteğinin doğum memnuniyeti ve konforuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma bulguları yer almaktadır. Çalışma bulguları aşağıda belirtilen başlıklı tabloda verilmiştir.

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğum Desteği Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğum Desteği Özelliklerine İlişkin Bulgular İle DKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.3. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğum Desteği Özelliklerine İlişkin Bulgular İle NDAMDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.4. DKÖ ve NDAMDÖ Alt Boyutlarının İlişki Bulguları

4.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK VE DOĞUM DESTEĞİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (N= 350)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Yaş (Ort±SS 27,33 ± 5,54)	19 yaş ve altı	6
	20-24	22,5
	25-29	45,7
	30-34	13,7
	35-39	8,8
	40 yaş ve üzeri	3,1
Medeni Durum	Bekar	10,6
	Evli	89,4
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	8,6
	İlçe	1,7
	İl	89,7
Aile Tipi	Çekirdek aile	84,9
	Geniş aile	15,1
Eğitim Durumu	Okur -yazar değil	16,3
	İlkokul	31,4
	Ortaokul	18,9
	Lise	18,9
	Üniversite ve Lisansüstü	14,6

Tablo 4.1 (devam)

Eşin Eğitim Durumu	Okur -yazar değil	22	6,3
	İlkokul	119	34,0
	Ortaokul	77	22,0
	Lise	77	22,0
	Üniversite ve Lisansüstü	55	15,7
Sigara Kullanımı	Evet	46	13,1
	Hayır	304	86,9
Çalışma Durumu	Evet	86	24,6
	Hayır	264	75,4
Meslek	Memur	28	8,0
	İşçi	34	9,7
	Serbest Meslek	27	7,7
	Ev Hanımı	261	74,6
	Gelir giderden az	49	14,0
Gelir Düzeyi	Gelir gidere denk	282	80,6
	Gelir giderden fazla	19	5,4
	Var	318	90,9
Sağlık Güvencesi	Yok	32	9,1
Doğumdan Sonra Çalışma Durumu	Evet	84	24,0
	Hayır	266	76,0

Yaş ortalaması $27,33 \pm 5,54$ olan kadınların çoğunluğunun evli (%89,4), yaşadığı yer il (%89,7), çekirdek aile yapısında (%84,9), ilköğretim mezunu (%31,4), ev hanımı (%74,6), gelirinin giderine denk (%80,6), sosyal güvencesinin olduğu (%90,9) ve doğumdan sonra çalışma durumunun olmadığı (%76) görülmektedir.

Kadınların %86,9'nun sigara kullanmadığı görülmektedir. Kadınların eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde, eşlerin çoğunluğunun (%34,0) ilköğretim mezunu olduğu görüldü.

Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.2: Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular (N= 350)

Obstetrik Özellikler	N	%
Doğum Öncesi İzlem Sayısı (Ort±SS 7,38 ± 3,37)	1-3 kez	35
	4-6 kez	116
	7 ve üzeri	199
Gebelik Sayısı (Ort±SS 3,57 ± 2,16)	2 Gebelik	136
	3 Gebelik	98
	4 Gebelik ve üzeri	116
Yaşayan Çocuk Sayısı (Ort±SS 1,87 ± 1,31)	1 Çocuk	187
	2 Çocuk	96
	3 Çocuk	29
	4 Çocuk ve üzeri	38

Tablo 4.2 (devam)

	Düşük yapmadım	219	62,6
Düşük Sayısı (Ort±SS 0,74 ± 1,28)	1 Düşük	72	20,6
	2 Düşük	26	7,4
	3 Düşük ve üzeri	33	9,4
Planlı Gebelik Durumu	Evet	236	67,4
	Hayır	114	32,6
Gebelikte Egzersiz Yapma Durumu	Evet	57	16,3
	Hayır	293	83,7
Gebelikte Eğitime Katılma Durumu	Evet	12	3,4
	Hayır	338	96,6
Gebelikte Hastalık Durumu	Evet	63	18,0
	Hayır	287	82,0

Tablo 4.3: Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular-2 (N= 350)

Obstetrik Özellikler	Ort. / SS	Medyan	Min-Max
Gebelik Haftası	38,51 ± 1,85	39,0	28-42
Gebelikte Alınan Kilo	15,11 ± 4,16	15,0	4-28
Evlilik Yaşı	20,11 ± 2,97	20,0	12-33
Evlilik Süresi	7,25 ± 5,57	5,0	1-26
Menarş Yaşı	12,69 ± 1,03	13,0	11-14

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde %38,9'unun iki, %28'nin üç ve %33,1'nin dört ve dörtten fazla gebeliği olduğu, ortalama gebelik sayısının $3,57 \pm 2,16$ olduğu görüldü.

Katılımcıların gebelik haftaları ortalama $38,51 \pm 1,85$ olarak saptandı. Doğum öncesi izlem sayısının ortalaması $7,38 \pm 3,37$, gebelikte alınan kilo ortalamasının $15,11 \pm 4,16$ olduğu belirlendi.

Kadınların ortalama $0,74 \pm 1,28$ 'sinin daha önce düşük yaptığı ve yaşayan çocuk sayısının ortalama $1,87 \pm 1,31$ olduğu belirlendi. Kadınların %67,4'ünün gebeliğinin planlı olduğu kaydedildi.

Katılımcıların menarş yaşının ortalama $12,69 \pm 1,03$ olduğu görülürken evlilik süresi ortalama $7,25 \pm 5,57$ ve evlilik yaşının ortalama $20,11 \pm 2,97$ olduğu bildirildi.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%83,7) herhangi bir egzersiz yapmadığı ve doğum öncesi eğitimlere katılmadığı (%96,6) görüldü.

Gebeliği sırasında herhangi bir hastalığa sahip olan kadınların oranı ise %82 olarak saptandı.

Tablo 4.4: Kadınların doğum desteğine ve doğuma ilişkin değerlendirmeler (N=350)

Doğum Desteğine İlişkin Özellikler		N	%
Doğumda Refakatçi İsteği	Evet	320	91,4
	Hayır	30	8,6
Refakatçi Doğum Eğitimi Aldı mı?	Evet	3	0,9
	Hayır	347	99,1
Doğuma Refakatçi Olan Kişi	Eş	29	8,3
	Arkadaş	29	8,3
	Anne	145	41,4
	Elti-Görümce	82	23,4
	Kız kardeş- Çocuk, Yeğen	28	8
	Teyze-Hala-Yenge	10	2,9
	Komşu	10	2,9
	Kayınvalide	17	4,9
Refakatçi Gerekli Desteği Sağladı mı?	Evet	347	99,1
	Hayır	3	0,9
Desteğe En Fazla İhtiyaç Duyulan Doğum Dönemi	Ağrının olduğu anlar	5	1,4
	Doğum anında	2	0,6
	Doğum sonu dönemde	97	27,7
	Doğum sürecinin tamamında	246	70,2
Kadınların doğuma ilişkin değerlendirmeleri			
Doğum Deneyimi	Olumlu	346	98,9
	Olumsuz	4	1,1
Doğum Deneyimine İlişkin İfadeler	Beklediğimden iyi	249	71,1
	Beklediğim gibi	101	28,8
Doğum Kaygısına İlişkin İfadeler	Düşük	153	43,7
	Orta	138	39,4
	Yüksek	59	16,9
Doğum Ağrısına İlişkin İfadeler	Düşük	79	22,6
	Orta	190	54,3
	Yüksek	81	23,1

Kadınların doğum desteğine ve doğuma ilişkin bulguları Tablo 4.4'te görülmektedir. Kadınlar; %8,3' eşlerinden, %8,3'ü arkadaşlarından, %41,4'ü annelerinden, %23,4'ü elti veya görümcesinden, %8'i kız kardeş, çocuk veya yeğeninden, %2,9'u hala, teyze veya yengesinden, %2,9'u komşusundan ve %4,9'u ise kayınvalidesinden destek grdüüğünü belirtmişlerdir. Kadınların yanlarında refakatçi isteme durumunun oranı %91,4, yanında kalan refakatçiden destek görme durumu ise %99,1 olarak belirlendi. Doğum destekçisi olarak kalan refakatçilerin %99,1'inin doğuma hazırlık eğitimi almadığı saptandı. Kadınların desteğe en ihtiyaç duyduğu an değerlendirildiğinde %67,7'sinin doğum sürecinin tamamında yanıtını

verdiği görüldü. Kadınların doğum deneyimi değerlendirildiğinde, %98,9'unun olumlu olarak ifade ettiği görüldü. Kadınlar doğum sürecinin beklediğinden iyi (71,1), doğuma yönelik kaygı durumunun düşük (43,7) ve doğum ağrısının orta (54,3) olduğunu belirtti.

Tablo 4.5: Kadınların gebelikle birlikte var olan hastalıklarının dağılımı (n=70)

Hastalıklar	Tiroid	Gestasyonel Hipertansiyon	Guatr	Anemi	Astım	Kalp	Hepatit B	Gestasyonel Diabetes Mellitus
n	9	18	7	5	2	3	1	25
%	14,3	28,6	11,1	7,9	3,2	4,8	1,6	39,7

Kadınların gebeliği sırasında var olan hastalıklarının dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir. Kadınların %14,3'ünün tiroid, %28,6'sının gestasyonel hipertansiyon (GHT), %11,1'inin guatr, %7,9'unun anemi, %3,2'sinin astım, %4,8'inin kalp, %1,6'sının hepatit B ve %39,7'sinin gestasyonel diabetes mellitus (GDM) gibi hastalığının olduğu görülmektedir.

4.2. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK VE DOĞUM DESTEĞİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE DKÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre DKÖ puan ortalaması karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.6'da görülmektedir. DKÖ ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Evli olanların ortalaması bekar olanların ortalamasından yüksektir. DKÖ ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). 19 yaş ve altında yaş aralığı ortalaması, 20-24 yaş aralığı ortalamasından daha düşüktür ($p=0,001$). 20-24 yaş aralığı ortalaması 25-29 yaş aralığı ortalamasından daha düşüktür ($p=0,004$). 30-34 yaş aralığı ortalaması 35-39 yaş aralığı ortalamasından daha yüksektir ($p=0,014$). 35-39 yaş aralığı ortalaması 40 yaş ve üzeri yaş aralığı ortalamasından daha yüksektir ($p=0,017$). DKÖ ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Üniversite ve Lisansüstü mezunu olanların ortalaması ilköğretim mezunu olanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,001$). Üniversite ve lisansüstü mezunu olanların ortalaması ortaokul mezunu olanların ortalamasından daha yüksektir ($z=-2,944$; $p=0,003$). Üniversite ve Lisansüstü mezunu olanların ortalaması lise mezunu olanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,036$).

Tablo 4.6: Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre DKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 350)

Sosyodemografik Özellikler		DKÖ Puan		İstatistik	P
		N	Ort.		
Yaş (Ort±SS 27,33 ± 5,54)	19 yaş ve altı	21	125,40	14,000	0,016
	20-24	79	160,35		
	25-29	160	193,37		
	30-34	48	189,23		
	35-39	31	161,02		
	40 yaş ve üzeri	11	141,68		
Medeni durum	Bekar	37	143,12	4592,50	0,034
	Evli	313	179,33		
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	30	162,68	5,250	0,072
	İlçe	6	90,42		
	İl	314	178,35		
Aile Tipi	Çekirdek aile	297	179,35	6728,00	0,084
	Geniş aile	53	153,94		
Eğitim Durumu	Okur -yazar değil	57	188,25	13,930	0,008
	İlkokul	110	158,47		
	Ortaokul	66	158,93		
	Lise	66	179,89		
	Üniversite ve Lisansüstü	51	213,74		
Eşin Eğitim Durumu	Okur -yazar değil	22	173,09	12,907	0,012
	İlkokul	119	165,41		
	Ortaokul	77	159,92		
	Lise	77	177,86		
	Üniversite ve Lisansüstü	55	216,80		
Sigara Kullanımı	Evet	46	143,13	5503,00	0,017
	Hayır	304	180,40		
Çalışma Durumu	Evet	86	195,31	9648,00	0,032
	Hayır	264	169,05		
Meslek	Memur	28	221,95	6,904	0,075
	İşçi	34	177,19		
	Serbest Meslek	27	172,13		
	Ev Hanımı	261	170,65		
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	49	159,01	3,573	0,168
	Gelir gidere denk	282	176,11		
	Gelir giderden fazla	19	208,92		

Tablo 4.6 (devam)

Sağlık Güvencesi	Var	318	176,40	4801,50	0,590
	Yok	32	166,55		
Doğumdan Sonra Çalışma Durumu	Evet	84	192,28	9762,50	0,073
	Hayır	266	170,20		

DKÖ ile eşin eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Üniversite ve lisansüstü mezunu olanların ortalaması ilkokul mezunu olanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,001$). Üniversite ve Lisansüstü mezunu olanların ortalaması ortaokul mezunu olanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,002$). Üniversite ve Lisansüstü mezunu olanların ortalaması lise mezunu olanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,013$). DKÖ ile sigara kullanım durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$). Sigara kullanmayanların ortalaması sigara kullananların ortalamasından yüksektir.

DKÖ ile çalışma durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Çalışanların ortalaması çalışmayanların ortalamasından yüksektir.

Kadınların DKÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-1 Tablo 4.7’de verilmiştir.

DKÖ konforu ölçeği ile doğum öncesi izlem sayısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). 4-6 kez kontrole gidenlerin ortalaması, 1-3 kez kontrole gidenlerin ortalamasından daha yüksektir ($p=0,024$). Doğum öncesi izlem sayısı 7’den fazla olanların ortalaması, 4-6 kez kontrole gidenlerin ortalamasından daha yüksektir ($p=0,027$).

DKÖ ile planlı gebelik durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Planlı gebelik yaşayanların DKÖ ortalaması (187,03), planlı gebelik yaşamayanların DKÖ ortalamasından (151,63) yüksektir.

DKÖ ile gebelikte egzersiz yapma durumu ve gebelikte eğitime katılma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelikte egzersiz yapanların ortalaması egzersiz yapmayanların ortalamasından, gebelikte eğitime katılanların ortalaması eğitime katılmayanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7: Kadınların obstetrik özelliklerine göre DKÖ puan ortalamalarının dağılımı-1 (N= 350)

Obstetrik Özellikler		DKÖ Puan		İstatistik	p
		N	Ort.		
Doğum Öncesi İzlem (Ort±SS 7,38 ± 3,37)	1-3 kez	35	173,74	7,499	0,024
	4-6 kez	117	155,94		
	7den fazla	199	187,37		
Gebelik Sayısı (Ort±SS 3,57 ± 2,16)	2 Gebelik	136	176,50	0,299	0,861
	3 Gebelik	98	171,02		
	4 Gebelik ve üzeri	116	178,12		
Yaşayan Çocuk Sayısı (Ort±SS 1,87 ± 1,31)	1 Çocuk	187	169,74	6,360	0,095
	2 Çocuk	96	183,26		
	3 Çocuk	29	149,79		
	4 Çocuk ve üzeri	38	203,86		
Düşük Sayısı (Ort±SS 0,74 ± 1,28)	Düşük yapmadım	219	173,96	3,378	0,337
	1 Düşük	72	166,85		
	2 Düşük	26	177,40		
	3 Düşük ve üzeri	33	203,09		
Planlı Gebelik Durumu	Evet	236	187,03	10730,50	0,002
	Hayır	114	151,63		
Gebelikte Egzersiz Yapma Durumu	Evet	57	201,68	6858,50	0,028
	Hayır	293	170,41		
Gebelikte Eğitime Katılma Durumu	Evet	12	244,25	1203,00	0,014
	Hayır	338	173,06		
Gebelikte Hastalık Durumu	Evet	63	162,51	8222,00	0,248
	Hayır	287	178,35		

Tablo 4.8: Kadınların DKÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-2 (N= 350)

Obstetrik Özellikler	Konfor Ölçeği Puan Ortalamaları				
	Ort. / SS	Medyan	Min-Max	İstatistik	p
Gebelik Haftası	38,51 ± 1,85	39,0	28-42	14,794	0,140
Gebelikte Alınan Kilo	15,11 ± 4,16	15,0	4-28	1,596	0,450
Evlilik Yaşı	20,11 ± 2,97	20,0	12-33	6,885	0,032
Evlilik Süresi	7,25 ± 5,57	5,0	1-26	1,855	0,396
Menarş Yaşı	12,69 ± 1,03	13,0	11-14	1083,00	0,649

Kadınların DKÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-2 Tablo 4.8’de verilmiştir. DKÖ ile sadece evlilik yaşı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.9: Kadınların DKÖ ortalamalarının gebelikle birlikte var olan hastalıklara göre dağılımı (N= 350)

Hastalıklar	Durum	Konfor Ölçeği Puan Ortalamaları Ort.		İstatistik	P
		N	Ort.		
Tiroid	Var	9	30,83	232,50	0,833
	Yok	54	32,19		
GHT	Var	18	27,81	329,50	0,241
	Yok	45	33,68		
Guatr	Var	7	35,50	171,50	0,585
	Yok	56	31,56		
Anemi	Var	5	33,30	138,50	0,866
	Yok	58	31,89		
Astım	Var	2	29,50	56,00	0,842
	Yok	61	32,08		
Kalp	Var	3	25,83	71,50	0,542
	Yok	60	32,31		
Hepatit B	Var	1	53,50	9,50	0,228
	Yok	62	31,65		
GDM	Var	25	33,90	427,50	0,496
	Yok	38	30,75		

Kadınların DKÖ ortalamalarının gebelikle birlikte var olan hastalıklara göre dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. DKÖ ile hastalık çeşitleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kadınların DKÖ puan ortalamalarının doğuma desteğine ilişkin özelliklere göre dağılımı Tablo 4.10’da verilmiştir.

DKÖ ile doğum kaygısına ilişkin ifade değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Düşük kaygı duyanların ortalaması yüksek kaygı duyanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,001$). Orta kaygı duyanların ortalaması yüksek kaygı duyanların ortalamasından daha yüksektir ($p=0,032$). Doğum konforu ölçeği ile doğum ağrısına ilişkin ifade değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yüksek düzeyde ağrı hissedenlerin ortalaması düşük ve orta düzeyde ağrı hissedenlerin ortalamasından daha yüksektir ($p=0,000$), ($p=0,001$).

Tablo 4.10: Kadınların DKÖ puan ortalamalarının doğuma desteğine ilişkin özelliklere göre dağılımı (N=350)

Doğum Desteğine İlişkin Özellikler		DKÖ Puan		İstatistik	P
		N	Ort.		
Doğumda Refakatçi İsteği	Evet	320	178,24	3923,00	0,089
	Hayır	30	146,27		
Refakatçi Doğum Eğitimi Aldı mı?	Evet	3	201,67	442,00	0,644
	Hayır	347	175,27		
Doğuma Refakatçi Olan Kişi	Eş	29	192,84	4,701	0,696
	Arkadaş	29	177,81		
	Anne	145	174,86		
	Elti- Görümce	82	162,32		
	Kız kardeş-Çocuk-Yeğen	28	180,36		
	Teyze-Hala-Yenge	10	189,85		
	Komşu	10	219,05		
	Kayınvalide	17	168,94		
Refakatçi Gerekli Desteği Sağladı mı?	Evet	347	175,35	468,00	0,757
	Hayır	3	193,00		
Desteğe En Fazla İhtiyaç Duyulan Doğum Dönemi	Ağrının olduğu anlar	5	196,00	3,162	0,531
	Doğum anında	2	136,25		
	Doğum sonu dönemde	97	162,41		
	Doğum sürecinin tamamında	246	180,86		
Kadınların Doğuma ilişkin Değerlendirmeleri					
Doğum Deneyimi	Olumlu	346	175,79	592,00	0,610
	Olumsuz	4	150,50		
Doğum Deneyimine İlişkin İfadeler	Beklediğimden iyi	249	182,28	5,105	0,078
	Beklediğim gibi	98	157,06		
Doğum Kaygısına İlişkin İfadeler	Düşük	153	192,69	12,687	0,002
	Orta	138	171,78		
	Yüksek	59	139,63		
Doğum Ağrısına İlişkin İfadeler	Düşük	79	198,21	16,820	0,000
	Orta	190	182,07		
	Yüksek	81	137,95		

4.3. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK VE DOĞUM DESTEĞİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (N= 350)

Sosyodemografik Özellikler		NDAMDÖ Puan		İstatistik	p
		Ortalama	SS		
Yaş (Ort±SS 27,33 ± 5,54)	19 yaş ve altı	194,86	16,14	4,200	0,001
	20-24	203,67	15,82		
	25-29	206,99	13,40		
	30-34	205,27	15,45		
	35-39	203,23	17,62		
	40 yaş ve üzeri	192,55	15,28		
Medeni Durum	Bekar	201,19	15,21	-1,397	0,163
	Evli	204,88	15,19		
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	203,43	17,21	8,055	0,000
	İlçe	180,50	16,49		
	İl	205,05	14,66		
Aile Tipi	Çekirdek aile	205,79	13,94	8,214	0,000
	Geniş aile	196,85	19,61		
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	203,88	15,26	2,948	0,020
	İlkokul	201,91	16,76		
	Ortaokul	202,77	16,98		
	Lise	207,26	12,36		
	Üniversite ve Lisansüstü	209,37	10,74		
Eşin Eğitim Durumu	Okur yazar değil	205,23	15,84	3,514	0,008
	İlkokul	202,87	16,08		
	Ortaokul	200,79	17,70		
	Lise	206,99	12,63		
	Üniversite ve Lisansüstü	209,36	10,46		
Sigara Kullanımı	Evet	200,76	20,67	-1,361	0,179
	Hayır	205,05	14,17		
Çalışma Durumu	Evet	206,03	15,83	1,086	0,278
	Hayır	203,98	15,01		

Tablo 4.11 (devam)

Meslek	Memur	209,46	12,13	2,705	0,045
	İşçi	207,00	15,86		
	Serbest Meslek	198,63	19,67		
	Ev Hanımı	204,23	14,75		
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	201,63	16,93	1,189	0,306
	Gelir gidere denk	204,82	14,95		
	Gelir giderden fazla	207,00	14,31		
Sağlık Güvence Durumu	Var	204,19	15,52	-1,151	0,251
	Yok	207,44	11,54		
Doğumdan sonra çalışma durumu	Evet	204,93	16,86	0,304	0,762
	Hayır	204,35	14,69		

NDAMDÖ ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Scheffe sonucunda; 25-29 yaş aralığındakilerin ortalaması 20-24 ve 30-34 yaş aralığındaki kadınların ortalamasından yüksektir.

NDAMDÖ ile uzun süre yaşanan yer değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni sonucunda; Uzun süre ilçede yaşayanların ortalaması uzun süre köy ve ilde yaşayanların ortalamasından düşüktür.

NDAMDÖ ile aile tipi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni sonucunda; çekirdek ailelerin ortalaması geniş ailelerin ortalamasından yüksektir. NDAMDÖ ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Scheffe sonucunda; üniversite ve lisansüstü mezunu olanların ortalaması ilköğretim mezunu olanların ortalamasından yüksektir.

NDAMDÖ ile eşin eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Scheffe sonucunda; üniversite ve lisansüstü mezunu olanların ortalaması ortaokul mezunu olanların ortalamasından yüksektir. NDAMDÖ ile meslek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Scheffe sonucunda; serbest meslek sahibi olanlar ortalaması memur ve işçi olanların ortalamasından düşüktür.

Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-1,2 Tablo 4.12 ve Tablo 4.13’da verilmiştir.

Tablo 4.12: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı-1 (N= 350)

Obstetrik Özellikler		NDAMDÖ Puan		İstatistik	p
		Ort.	SS		
Doğum Öncesi İzlem (Ort±SS 7,38 ± 3,37)	1-3 kez	202,57	14,61	5,431	0,005
	4-6 kez	201,18	17,50		
	7 den fazla	206,78	13,44		
Gebelik Sayısı (Ort±SS 3,57 ± 2,16)	2 Gebelik	204,94	14,67	0,115	0,892
	3 Gebelik	204,41	14,21		
	4 Gebelik ve üzeri	204,03	16,70		
Yaşayan çocuk sayısı (Ort±SS 1,87 ± 1,31)	1 Çocuk	203,71	14,86	3,439	0,017
	2 Çocuk	208,16	13,23		
	3 Çocuk	199,03	20,68		
	4 Çocuk ve üzeri	203,18	15,37		
Düşük Sayısı (Ort±SS 0,74 ± 1,28)	Düşük yapmadım	204,51	15,61	0,101	0,959
	1 Düşük	203,84	14,32		
	2 Düşük	204,81	15,21		
	3 Düşük ve üzeri	205,55	15,09		
Planlı Gebelik Durumu	Evet	205,37	14,24	1,468	0,144
	Hayır	202,67	16,97		
Gebelikte egzersiz yapma durumu	Evet	207,58	13,35	1,858	0,066
	Hayır	203,89	15,50		
Gebelikte eğitime katılma durumu	Evet	207,67	12,72	0,736	0,462
	Hayır	204,38	15,30		
Gebelikte hastalık durumu	Evet	201,06	16,94	-1,812	0,074
	Hayır	205,24	14,73		

Tablo 4.13: Kadınların obstetrik özelliklerine göre NDAMDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların ortalaması-2 (N= 350)

Obstetrik Özellikler	NDAMDÖ Puanı				
	Ort. / SS	Medyan	Min-Max	İstatistik	P
Gebelik Haftası	38,51 ± 1,85	39,0	28-42	1,015	0,430
Gebelikte Alınan Kilo	15,11 ± 4,16	15,0	4-28	0,245	0,783
Evlilik Yaşı	20,11 ± 2,97	20,0	12-33	3,968	0,020
Evlilik Süresi	7,25 ± 5,57	5,0	1-26	4,714	0,010
Menarş Yaşı	12,69 ± 1,03	13,0	11-14	0,011	0,992

NDAMDÖ ile doğum öncesi izlem değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Farkı belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni sonucunda; 1-3 kez ve 4-6 kez doğum öncesi izleme gidenlerin ortalaması 7'den fazla doğum öncesi izleme gidenlerin ortalamasından düşüktür.

NDAMDÖ ile yaşayan çocuk sayısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Fark belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testi Scheffe sonucunda; 2 tane çocuğu olanların ortalaması 3 tane çocuğu olanların ortalamasından yüksektir. NDAMDÖ ile evlilik yaşı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). NDAMDÖ ile evlilik süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.14: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının gebelikle birlikte var olan hastalıklarının dağılımına göre dağılımı (N= 350)

Hastalıklar	Durum	NDAMDÖ Puan		İstatistiği	P
		Ort.	SS		
Hastalık çeşidi	Tiroid	Var	204,56	0,665	0,509
		Yok	200,48		
	GHT	Var	202,33	0,374	0,710
		Yok	200,56		
	Guatr	Var	196,00	-0,837	0,406
		Yok	201,70		
	Anemi	Var	202,40	0,182	0,856
		Yok	200,95		
	Astım	Var	168,00	-2,978	0,004
		Yok	202,15		
	Kalp	Var	196,00	-0,527	0,600
		Yok	201,32		

Tablo 4.14 (devam)

Hepatit B	Var	-	-	-	-
	Yok	-	-		
GDM	Var	203,88	14,02	1,135	0,261
	Yok	199,21	18,56		

Tablo 4.14 incelendiğinde; NDAMDÖ ile astım hastalığına sahip olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Astımı olmayanların ortalaması astımı olanların ortalamasından yüksektir.

Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının doğum desteğine ve doğuma ilişkin değerlerine göre dağılımı Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15: Kadınların NDAMDÖ puan ortalamalarının doğum desteğine ve doğuma ilişkin değerlerine göre dağılımı (N= 350)

Doğum Desteğine İlişkin Özellikler		NDAMDÖ Puanı		İstatistik	P
		Ort.	SS		
Doğumda Refakatçi İsteği	Evet	205,14	14,49	1,972	0,057
	Hayır	197,57	20,56		
Refakatçi Doğum Eğitimi Aldı mı?	Evet	191,67	22,55	-1,468	0,143
	Hayır	204,60	15,14		
Doğuma Refakatçi Olan Kişi	Eş	205,97	14,42	1,352	0,225
	Arkadaş	207,52	14,58		
	Anne	205,19	14,20		
	Elti-Görümce	201,51	16,99		
	Kız kardeş-Çocuk-Yeğen	203,54	15,94		
	Teyze-Hala-Yenge	197,10	21,17		
	Komşu	208,00	12,44		
	Kayınvalide	209,06	11,51		
Refakatçi Gerekli Desteği Sağladı mı?	Evet	204,64	15,01	2,047	0,041
	Hayır	186,67	30,14		
Desteğe en Fazla İhtiyaç Duyulan Doğum Dönemi	Ağrının olduğu anlar	196,80	26,67	1,800	0,128
	Doğum anında	193,00	29,70		
	Doğum sonu dönemde	203,29	16,13		
	Doğum sürecinin tamamında	205,38	14,15		

Kadınların Doğuma ilişkin Değerlendirmeleri					
Doğum Deneyimi	Olumlu	196,80	26,67	0,791	0,429
	Olumsuz	193,00	29,70		
Doğum Deneyimine İlişkin İfadeler	Beklediğimden iyi	206,12	13,67	5,594	0,004
	Beklediğim gibi	200,20	18,12		
Doğum kaygısına ilişkin ifadeler	Düşük	206,96	12,67	7,885	0,000
	Orta	204,57	15,09		
	Yüksek	197,88	19,33		
Doğum ağrısına ilişkin ifadeler	Düşük	206,54	12,73	8,587	0,000
	Orta	206,19	13,69		
	Yüksek	198,48	19,00		

NDAMDÖ ile refakatçi gerekli destek sağlama durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Gerekli desteği sağlayan refakatçilerin ortalaması sağlamayanların ortalamasından yüksektir.

NDAMDÖ ile doğum deneyimine ilişkin ifadeler değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni sonucunda; “beklediğimden iyi” diyenlerin ortalaması “beklediğim gibi” diyenlerin ortalamasından yüksektir. NDAMDÖ ile doğum kaygısına ilişkin ifadeler değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni sonucunda; doğum kaygısı yüksek olanların ortalaması doğum kaygısı düşük ve orta olanların ortalamasından düşüktür. NDAMDÖ ile doğum ağrısına ilişkin ifadeler değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni sonucunda; doğum ağrısı yüksek olanların ortalaması doğum ağrısı düşük ve orta olanların ortalamasından düşüktür.

4.4. DKÖ VE NDAMDÖ ALT BOYUTLARININ İLİŞKİ BULGULARI

Tablo 4.16: DKÖ ile NDAMDÖ ve alt boyutlarının ilişkisi

NDAMDÖ ve Alt boyutları	DKÖ	
	r	p
Memnuniyet Ölçeği	0,416**	0,000
Sağlık Ekibini Algılayışı	0,356**	0,000
Doğum Eyleminde Hemşirelik/Ebelik Bakımı	0,375**	0,000
Rahatlatma	0,310**	0,000

Tablo 4.16 (devam)

Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	0,400**	0,000
Bebekle Tanışma	0,239**	0,000
Postpartum Bakım	0,436**	0,000
Hastane Odası	0,371**	0,000
Hastane Olanakları	0,404**	0,000
Mahremiyete Saygı	0,454**	0,000
Beklentilerin Karşılanması	0,441**	0,000

Kullanılan DKÖ ve NDAMDÖ ve alt boyutlarının arasındaki ilişki Tablo 4.16’de verilmiştir. Bu ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmış olup Sperman katsayısına bakılmıştır. Analiz sonucunda, DKÖ ve NDAMDÖ alt boyutları arasında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

DKÖ ile NDAMDÖ, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

DKÖ ile sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik/ebelik bakımı, rahatlatma, bebekle tanışma, hastane odası alt boyutları arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17: NDAMDÖ ile DKÖ ve alt boyutlarının ilişkisi

DKÖ ve Alt Boyutları	NDAMDÖ	
	r	p
Konfor Ölçeği	0,416**	0,000
Fiziksel	0,532**	0,000
Psikospritiüel	0,331**	0,000
Çevresel	0,411**	0,000

Kullanılan DKÖ ve NDAMDÖ ve alt boyutlarının arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.17’de verilmiştir.

Bu ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmış olup Sperman ve Pearson katsayısına bakılmıştır. Analiz sonucunda, DKÖ ve NDAMDÖ ölçeği ve alt boyutları arasında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

NDAMDÖ ile psikospiritüel alt boyutu arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Sperman).

NDAMDÖ ile çevresel alt boyutu arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Sperman).

NDAMDÖ ile fiziksel alt boyutu arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Pearson).

Tablo 4.18: DKÖ alt boyutları ile NDAMDÖ ve alt boyutlarının ilişkisi

NDAMDÖ Alt Boyutları	DKÖ Alt Boyutları					
	Fiziksel		Psikospiritüel		Çevresel	
	R	p	r	P	r	p
Sağlık Ekibini Algılayışı	0,433**	0,000	0,290**	0,000	0,353**	0,000
Doğum Eyleminde Hemşirelik/Ebelik Bakımı	0,437**	0,000	0,324**	0,000	0,375**	0,000
Rahatlatma	0,287**	0,000	0,328**	0,000	0,287**	0,000
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	0,454**	0,000	0,351**	0,000	0,368**	0,000
Bebekle Tanışma	0,218**	0,000	0,287**	0,000	0,238**	0,000
Postpartum Bakım	0,481**	0,000	0,320**	0,000	0,424**	0,000
Hastane Odası	0,339**	0,000	0,262**	0,000	0,397**	0,000
Hastane Olanakları	0,406**	0,000	0,329**	0,000	0,446**	0,000
Mahremiyete Saygı	0,428**	0,000	0,319**	0,000	0,452**	0,000
Beklentilerin Karşılanması	0,415**	0,000	0,292**	0,000	0,450**	0,000

DKÖ alt boyutları ile NDAMDÖ alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.18’de verilmiştir. NDAMDÖ Fiziksel alt boyut ile sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik/ebelik bakımı, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane olanakları alt boyutları arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Fiziksel alt boyut ile hastane odası alt boyutu arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Pearson). Fiziksel alt boyut ile rahatlatma, bebekle tanışma alt boyutları arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Fiziksel alt boyut ile mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Psikospritiuel alt boyut ile NDAMDÖ tüm alt boyutları arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Çevresel alt boyut ile sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, rahatlatma, kararlara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, hastane odası alt boyutları arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Çevresel alt boyut ile postpartum bakım, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.



5. TARTIŞMA

Kadının hayatında önemli yeri olan doğum deneyimini olumlu olarak anımsaması, yaşamının devamında psikolojik ve fizyolojik açıdan son derece önemli bir yere sahiptir. Olumlu olarak anımsanan doğum deneyimi kadınların doğum tercihlerini etkileyen en önemli faktörlerdendir. Doğum deneyimini olumlu olmasını etkileyen faktörlerden biri doğum desteğidir. Bu nedenle, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası sürecinde sağlık personelinden ya da yakınlarından aldığı destek dikkatli değerlendirilmelidir. Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi doğum ünitesine başvuran multipar kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde aldıkları doğum desteğinin memnuniyet ve konfora etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma bulguları aşağıda belirtilen 7 başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Kadınların Doğum Desteğine ve Doğuma İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DKÖ Ve NDAMDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre DKÖ Ve NDAMDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.6. Kadınların Doğum Desteğine Ve Doğuma İlişkin Özelliklerine Göre DKÖ Ve NDAMDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.7. DKÖ ile NDAMDÖ Alt Boyutlarının İlişkisi

5.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri ile

çalışmamızın sonuçlarında yer alan eğitim (ilkokul (%31,4)), çalışma durumu (ev hanımı (%74,6)), sağlık güvencesi (%90,9) gibi verilerin benzer olduğu görülmüştür (137).

5.2. KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelik, kadınların fiziksel görünüşünden sosyal hayatına kadar birçok alanda değişime neden olan bir deneyimdir. Bu deneyimin anne ve bebek için olumlu geçmesi için kadınların gebelik süresi boyunca en az sekiz kez doğum öncesi kontrole gitmesi önerilmektedir (138). DSÖ 2016 yılında “Olumlu Bir Gebelik Deneyimi İçin Antenatal Bakım Önerileri” başlığı ile geliştirdiği kapsamlı rehberde perinatal mortaliteyi azaltmak ve kadınların bakım deneyimini geliştirmede en az sekiz temas içeren bakım modelinin kullanılmasını önermektedir (139). Çalışmamızda kadınların tamamına yakını doğum öncesi kontrole gittiği ve kontrole gidenlerin yarısından fazlasının (%56,8) 7’den fazla kontrole gittiği saptanmıştır (Tablo 4.2). Ülkemizde anne adaylarının doğum öncesi bakım alma oranları yıllar geçtikçe artmaktadır. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %88,9’u 4 veya daha fazla doğum öncesi bakım alırken TNSA 2018 verilerinde gebe kadınların %90’ının 4 veya daha fazla doğum öncesi bakım aldığını saptanmıştır (137,138). Ayrıca Beyaz ve ark. (2020)’nin yaptığı çalışmada kadınların %74,1’inin gebeliğinde düzenli kontrole gittiği belirlenmiştir (140). Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir

Gebeliğin planlanması anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. Planlanmayan gebelerde gebelik doğum ve doğum sonrasında istenmeyen sorunlar oluşabilmektedir (141). Çalışmamıza katılan kadınların gebeliklerinin %67,4’ünün planlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Uysal’ın 2017 yılında yaptığı araştırmada kadınların %60,1’nin gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiştir (142). Tunç (2020) ise yaptığı çalışmada bu oranın %91, Dinç (2014)’in çalışmasında ise %91,6 olduğunu saptamıştır (143,144). Çalışmamıza katılan kadınların gebeliklerinin %67,4’ünün planlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu çalışmaların bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Düzenli yapılan egzersiz, gebelikte aşırı kilo alımının önlenmesi, postpartum vücut ağırlığının azaltılması, azalmış bel ağrısı, yaşam kalitesinde artış ve depresif semptomlarda azalmada etkilidir. Hafif orta şiddette yapılan egzersizin anne ve fetus

sağlığına çok sayıda olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (145). Çalışmamıza katılan kadınların %16,3'ünün egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Ünver ve Aylaz (2017) yaptıkları çalışmada araştırma kapsamına alınan gebelerin %89,6'sının egzersiz yapmadığı raporlanmıştır (146). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.3. KADINLARIN DOĞUM DESTEĞİNE VE DOĞUMA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Doğum sürecinde verilen destek, memnuniyet ve konfor açısından son derece önemlidir. Doğum sürecinde sağlanan destekleyici bakımın olumlu bir doğum deneyimi yaşanmasını sağlaması, hastanelerde hizmet politikalarının oluşturulması ve fiziksel koşullarının düzenlenmesi açısından da önemlidir. Çalışmamız sonucunda, kadınların %91,4'nün doğum sürecinde refakatçi istediği ve %70,2'sinin ise bu desteği doğum sürecinin tamamında görmek istediği saptanmıştır (Tablo 4.5). Pınar ve ark. (2009)'nın çalışmasında kadınların tamamının doğum sürecinde eşinin ya da bir yakınının yanında olmasını istediği belirlenmiştir (20). Aynı şekilde Timur ve Şahin'in (2010) yaptığı çalışmada kadınların %74,5' i destek olacak birine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Aynı çalışmaya katılan kadınlar, destek olarak %43,8 oranı ile annesini, %30,7 ile de eşini tercih etmektedir. Ancak çalışmasında hastane politikası sebebiyle kadınların eşlerinin doğum sürecine katılamadığı görülmüştür (30). Bu araştırmanın aksine bazı çalışmalarda kadınların en fazla eşinden destek aldığı (147-149), bazıları annelerinden (146,147) bazıları ise diğer akraba, arkadaş veya komşularından (148,149) destek aldığı saptanmıştır. Literatüre kıyasla çalışmamızda eş desteğinin oranının düşük olması hastanenin doğum ünitesine erkek refakatçi girişine izin vermemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgumuz Timur ve Şahin'nin çalışması (2010) ile paralellik göstermektedir. Çalışmamıza katılan kadınların, %98,9'unun doğum deneyimini olumlu olarak yorumladığı ve %71,1'i doğumunun beklediğinden iyi geçtiği ifade etmiştir (Tablo 4.5). Bulgumuzu literatür desteklemektedir (146,149,150).

Kadınların doğuma yönelik algısını olumsuz etkileyen nedenlerden birinin doğum müdahaleleri olduğu bilinmektedir. Doğum eylemi bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı nedenlerinden biridir (22). Araştırmamıza katılan kadınların %54,3'ünün orta düzeyde doğum ağrı yaşadıklarını tanımlarken, %43,7'sinin düşük düzeyde kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Smith ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada kadınların %

34,3'ünün doğuma yönelik ağrı yaşadığını belirtmiştir (151). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.4. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DKÖ VE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan kadınların DKÖ puan ortalamasının $41,55 \pm 4,03$, (min.23 – mak. 45 puan) olduğu bulundu. Bu sonuç kadınların doğum konfor düzeyinin yüksek olduğu göstermektedir (Tablo 4.8). Çapık (2014) ve Karakaplan (2007) yaptıkları çalışmalarında lohusaların orta düzeyde konfora sahip oldukları belirlenmiştir (94, 152). Aynı şekilde Tunç (2020)'un yaptığı çalışmada da katılımcıların orta düzeyde konfora sahip olduğu saptanmış (143). Bu çalışmaların sonuçlarında doğuma yönelik konfor düzeyini olumsuz etkilenmesine; doğum odalarının tek kişilik olmaması, odada farklı hastanın ve refakatçisinin bulunması, odanın içinde bulunan televizyon, buzdolabı ve tuvaletin ortak kullanılması ve kadınların mahremiyetini sürdürmede zorluk yaşamasının sebep olduğu belirtilmiştir. Litetatüre kıyasla çalışmamızda kadınların doğum konforunun yüksek oranda çıkmasının nedenleri incelendiğinde; kadının hastanede kaldığı süre boyunca tek kişilik odada olması, ortamın kendisine ve refakatçisine ait olması ve tek kişilik odalar sayesinde mahremiyetin sağlanması olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların NDAMDÖ puan ortalamasının $204,49 \pm 15,21$ olduğu (min. 146 – mak. 215 puan) ve çalışmaya katılan kadınların doğum memnuniyetinin üst sınıra yakın olduğu görüldü (Tablo 4.8). Panth ve Kafle (2018)'nin 178 kadınla yapmış olduğu çalışmada, kadınların %89,88' inin doğumdan memnun olduğu görülmüştür (153).

Başka bir çalışmada ise İrlanda'da doğum yapan kadınların %89,3'ünün memnun ve mutlu olduklarını belirttiği saptanmıştır (154). Uzel'in çalışmasında kadınların %95,7'sinin doğumdan memnun olduğu, %98,2'sinin de normal doğumu çevresindeki kadınlara önereceğini ifade etti (155). Benzer şekilde başka çalışmalarda da kadınların doğumdan memnun olduğu görülmüştür (1,156,157). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.

Çalışmamızda 25-29 yaş grubunda olan kadınların DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.12) ve NDAMDÖ puan ortalamasının (Tablo 4.17) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Üst ve Pasinlioğlu (2015)'nin yaptığı bir çalışmada farklı yaş gruplarındaki kadınların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu belirlemişlerdir (158). Özkan ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada düşük yaş grubundaki kadınların konfor düzeyinin daha yüksek olduğu dolayısıyla da memnuniyet düzeyinin daha yüksek saptanmıştır (159). Uysal (2017) yaptığı çalışmada 25 yaş ve üstündeki kadınların doğum memnuniyetinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (142). Yılmaz ve Beji (2010) ve Bunevicius ve ark. (2009)'nin yaptıkları çalışmalarda gebelerin yaş ortalamaları azaldıkça stres ve depresyon yaşama olasılığının arttığı ve konforun ve memnuniyetin azaldığı belirtilmiştir (160,161). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Bazı çalışmalarda da memnuniyet ve konforun yaş faktöründen etkilenmediği görülmüştür (162-164). Bu farklılıkların, çalışmaların yapıldığı yer ve kültür nedeniyle farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda genç kadınların doğum süreci ve gebeliğin yetirdiği fiziksel rahatsızlıklar ile de daha kolay baş edebileceği düşünülmektedir.

DKÖ puan ortalaması ile kadınların çalışma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 4.12). Çalışan kadınların DKÖ puan ortalaması çalışmayan kadınların ortalamasına kıyasla daha yüksektir. Çalışma durumu kadınların eğitim düzeyini, sosyal durumunu ve özgüvenini artırıcı bir unsur olduğundan doğum konforu algısını da güçlendirmektedir (143). Çalışmalar, çalışan kadınların gerekli durumlarda alternatif sağlık hizmeti aramaya yönlendiği (165), stresle ve doğum süreci ile daha kolay baş edebildiği (160) ve gebeliğe daha kolay uyum sağlayarak (166) doğuma yönelik konforunun arttığını göstermiştir. Çalışmamıza katılan kadınların NDAMDÖ puan ortalaması ile çalışma durumu değişkeni arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.17). Kadınların gebelik sürecinde çalışma durumu ile konforunun olumlu etkilendiği söylenebilir. Ancak çalışma şartlarından dolayı kadınların doğum öncesi eğitim alma gibi kendine zaman ayırmada sorun yaşamasından dolayı memnuniyetinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi ile DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.12) ve NDAMDÖ (Tablo 4.17) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$), bu farkın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan analizde üniversite/lisansüstü eğitim düzeyine sahip kadınların ortalaması diğer eğitim düzeylerinin oranlarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda yüksek eğitim seviyesi olan kadınların sağlık hizmeti almada daha fazla beklentisi olduğu belirlenmiştir (167). Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça beklentilerinin artacağı ve bu beklentilerin karşılanmasının konforu arttıracığı düşünülmektedir (133). Nakamura ve ark. (2015) çalışmasında, konfor ve memnuniyetin gebelik dönemi için önemli olduğunu, gebelik döneminde güven duygusunun ve konforunun kadının memnuniyetini etkilediği belirtilmiştir (168). Çalışmamıza paralel olarak ise Uysal'ın (2017) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin arttığı belirtilmiştir (142). Özkan ve ark. (2020)'nın yaptığı başka bir çalışmada yükseköğretim mezunu olan kadınların konfor ve memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (159). Yapılan birçok çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip olan kadınların konfor ve memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (165,166,169). Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Kadınların eşlerinin eğitim durumu ile DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.12) ve NDAMDÖ (Tablo 4.17) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda eşlerin eğitim düzeyi arttıkça kadınların doğum konfor ve memnuniyetinin attığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda bu sonuca ulaşmamızın sebebi, eğitim düzeyi yüksek kadınların ve eşlerinin sorunlarla baş etme mekanizmalarının daha iyi olması, doğumla ilgili kitap, internet gibi kaynaklara ulaşmalarının daha kolay olması nedeniyle konfor ve memnuniyet düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

5.5. KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DKÖ VE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kadınların %90'ının 4 ve daha fazla doğum öncesi kontrole gittiği saptanmıştır (Tablo 4.2). Çalışmamıza benzer olarak Yiğitbaş ve ark. (2012)'nin yapmış olduğu çalışmada kadınların %90,9'unun, Doğan ve ark. (2013)'nin çalışmasında da %93,1'nin gebelikte kontrole gittiği raporlanmıştır

(170,171). Çalışmamızda doğum öncesi kontrole giden kadınların DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.13) ve NDAMDÖ puan ortalaması (Tablo 4.18) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlıklı bir gebelik süreci geçirebilmek için antenatal bakım hizmetlerinin yeri çok önemlidir. Gebelik sürecinde ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların erken tespiti, tedavisi ve bebek ölümlerinin önlenmesi için doğum öncesi bakım son derece önemlidir. Gebelik boyunca alınan bakımın kalitesi kadının doğum memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (172). Şahin (2017)'nin yaptığı çalışmada da doğum öncesi düzenli kontrole giden kadınların doğum konforu daha yüksek bulunmuştur (173). Literatürde doğum öncesi bakımın kadınların konfor ve memnuniyetini arttırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (172,174). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.

Kadınların gebeliklerini sağlıklı geçirebilmesi için gebeliğin planlı olması, doğum öncesi düzenli izlem ve takiplerinin yapılması ve ebeveynlerin kendilerini bebek için hazır hissetmesi oldukça önemlidir (175). Çalışmamızda gebeliği planlı olan kadınların DKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.13). Çalışmamıza benzer şekilde Göker (2019)'in yaptığı çalışmada planlı gebelik yaşayan kadınların doğum sonu konfor düzeyleri yüksek bulunmuştur (176). Literatürde gebeliğin planlı olmasının gebelik sürecini kolaylaştırdığı ve depresyon, stres gibi faktörleri deneyimleme olasılığı azaltarak konforu artırdığı görülmektedir (175,177,178). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir. Yapılan çalışmalarda planlı gebeliğin memnuniyete olumlu katkısı olacağı ifade edilmektedir (129,179). Jafari ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada planlı gebeliğin doğum memnuniyetini artırdığı görülürken, çalışmamızda gebeliğin planlı olmasının doğum memnuniyetini etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$), (Tablo 4.18), (85). Bu farklılık Jafari ve ark.'nın çalışmasına katılan kadınların doğuma hazırlık sınıflarına katılmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18). Araştırmamızdan farklı olarak Erci ve Ivanov (2002) yapmış olduğu çalışmada çocuk sayısının doğum memnuniyetini etkilemediğini saptamıştır (180). Çalışmamıza paralel olarak Doğaner'in yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısının memnuniyeti olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (172).

Gebelik sürecinde yapılan egzersiz kadınların kilo kontrolü sağlamasına, kalp ve dolaşım sistemini düzenleyerek olası risklerin azalmasına ve doğum için kas aktivitesinin kuvvetlenip travma olasılığının azalmasına yardımcı olmaktadır (182,183). Çalışmamızda doğum sırasında egzersiz yapan kadınların oranı ile DKÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.13). Evenson ve ark. (2003) yaptığı bir çalışmada gebelerin egzersiz yapma oranını %65.6 olarak tespit etmişlerdir. Bu egzersizlerin çoğunlukla yürüme, yüzme, pilates ve aerobik olduğu belirtilmiştir (184). León ve ark. (2017)'nin yaptıkları meta-analiz çalışmasında gebelik döneminde yapılan egzersizlerin psikolojik sağlığı olumlu etkilediği ve kadınların depresif belirtilerini azaltarak olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır (185). Kadınların pozitif duygu-durum içinde bulunması doğuma yönelik konforunu pozitif yönde arttırmaktadır (186-188).

Vajinal doğuma yönelik korkuların azalmasında, gebelik ve doğuma ilişkin bilgi verilmesi ve doğum ağrısıyla baş etme tekniklerinin öğretilmesi için doğum öncesi eğitim verilmesi son derece önemlidir. Çalışmamızda doğum öncesi eğitime katılma oranı %3,4 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Doğum öncesi eğitime katılmış olan kadınların DKÖ ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$), (Tablo 4.13). Bu oran oldukça düşük olup tüm gebelerin doğum öncesi eğitim kurslarına katılması önerilmektedir. Kadınların bu süreçte alacakları bilgi desteği son derece önemlidir (189,190). Alınan bu bilgi desteğinin, gebelik ve doğum süreci hakkında kadınlara yol gösterici olduğu, sürecin ilerleyişi hakkında bilgi sahibi olmaları sayesinde de doğuma yönelik konforlarının artırdığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda da doğum öncesi bilgi desteği alan kadınların eğitim sonrası korku ve endişe düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı, doğumlarının savunuculuğunu yapabilen bilinçli bireyler haline geldikleri ve konforlarının da bu düzeyde arttığı belirtilmektedir (191-198).

5.6. KADINLARIN DOĞUM DESTEĞİNE VE DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE DKÖ VE NDAMDÖ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Doğumda sürekli destek; kadına duygusal destek, fiziksel rahatın sağlanması, bilgilendirme, savunuculuk ve gebeye yardım şeklinde tanımlanmaktadır (199).

Gebelik boyunca kadınların bütüncül bir yaklaşımla destekleyici bakım alması temel haklarından biridir (149). Çalışmamıza katılan kadınların doğum destekçisinin yeterli desteği sağlaması durumunda memnuniyet düzeylerinin arttığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.21). Yapılan çalışmalarda yeterli doğum desteği alan kadınların olumlu, sağlıklı ve memnuniyet düzeyi yüksek bir doğum geçirdikleri belirtilmiştir. (87,200, 201). Tingstig ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada kadınlara sağlanan desteğin kadının ve ailesinin memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır (202). Bu çalışmaya benzer şekilde Berghella ve ark. (2008) çalışmasında doğumda sırasında desteklenen kadınların daha az ağrı ve yüksek memnuniyet bildirdikleri görülmektedir (45). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.

Doğumda görülen destekleyici bakımın doğum memnuniyetini arttırdığı yapılan çalışmalarda görülmüştür (203). Timur ve Şahin (2005)'nin yaptıkları çalışmada kadınların %75,2'si doğum eyleminde destekleyici bakım almadıklarını, alan kadınların da en çok annelerinden (%58,8) destek gördüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların %30,7'si eşinin doğum eyleminde destek vermesini istediğini, %69,3'ü ise istemediğini belirtmişlerdir (204). Uysal (2017)'ın yaptığı çalışmada da katılımcıların doğum sürecinde gördüğü destekleyici bakımın doğuma yönelik memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır (142).

Çalışmamıza katılan kadınların çoğunlukla doğuma eşlik etmesi için bir refakatçi istediği görülmüş NDAMDÖ puan ortalaması (Tablo 4.21) ve DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.16) ile arasında anlamlı olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ve kadınların büyük bir çoğunluğunun bu desteği annelerinden gördüğü saptanmıştır. Ancak destek görülen kişi ile de NDAMDÖ (Tablo 4.21) ve DKÖ (Tablo 4.16) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun sebebi olarak kadınların refakatçilerinin özelliklerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Refakatçilerin doğum öncesi eğitim alma durumu, eğitim durumu, normal doğuma yönelik algısı doğum yapan kadının memnuniyeti üzerinde etkilidir (203). Aynı zamanda kültürel ve hastane politikası ile kadının refakatçi seçiminde özgür olmasının engellenmesi olası olabilir. Almanya'da Türk aileler ile yapılan bir çalışmada zaman ilerledikçe babaların doğum desteğinde daha aktif olduğu ancak doğumda eşine destek amaçlı genellikle kadın olan bir aile yakının tercih edildiği ve bunun kültürle ilişkili olduğu belirtilmiştir (205).

Doğuma ilişkin algı ve duygular doğum memnuniyetini etkilemektedir. Çalışmamızda doğum deneyimini beklediğinden iyi olarak tanımlayan kadınların doğum memnuniyetinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.21). Çalışmamıza benzer olarak Spaich ve ark. (2013) 'nın ve Bilgin ve ark. (2018)'nin çalışmalarında da doğumu iyi ve olumlu olarak değerlendirenlerin kadınların memnuniyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. (1,206). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Gebelik dönemi, fetüsün ve annenin sağlığının gelişimi ve sürdürülmesi için kadının fiziksel fonksiyonlarında önemli değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu fiziksel değişikliklere ek ruhsal dengeyi tehlikeye sokabilecek endişe, kaygı, stres, depresyon gibi olayların yaşanabildiği bir evredir. Bu olumsuz olaylar gebenin konforunu ve memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (204,205). Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeyi ile DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.16) ve NDAMDÖ puan ortalaması (Tablo 4.21) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların kaygı düzeyinin düşük olmasının memnuniyeti ve konforu arttırdığı saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 4.16), (Tablo 4.21). Adams ve ark (2012)'nin çalışmasında doğuma yönelik korku ve kaygı yaşayan kadınların doğum süresinin uzadığı ve baş etme mekanizmasının olumsuz etkilendiği bu nedenle de memnuniyet düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (209). Bu konuda yapılan birçok çalışmada da doğuma yönelik kaygı ve korkunun doğum memnuniyetini olumsuz etkilediği görülmüştür (207-209). Kadınların korku ve kaygı düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi arttığı için konforun dolayısıyla da memnuniyetin azaldığı düşünülmektedir. Bu korku ve kaygının azalması için kadınlara sağlık çalışanları tarafından bilgi desteği ile eksik olduğu ve endişe duyduğu konular konusunda eğitim verilmesi, doğum refakatçisi tarafından duygusal destek ile kadının rahatlatılması doğuma yönelik konforu ve memnuniyetini arttırmada yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Homeostatik dengeler bireylerin konfor düzeyini etkilemektedir (83,210). Kadınların doğum sürecindeki yaşadıkları ağrı doğuma yönelik konforu etkileyen en önemli faktörlerden birisidir (211). Çalışmamızda ağrı düzeyini orta olarak değerlendiren kadınların DKÖ puan ortalaması (Tablo 4.16) ve NDAMDÖ puan ortalaması (Tablo 4. 21) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Literatürde

de çalışmamıza benzer şekilde vajinal doğum yapan kadınların konfor düzeyleri yüksek bulunmuştur (149,152,212). Henriksen ve ark. (2017) ve Jafari ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada doğumda yaşanan ağrının kontrol duygusunu azaltarak konforunu ve memnuniyeti azalttığı belirtilmiştir (81, 85). Bu çalışmaların aksine bazı çalışmalarda ağrının doğum konfor ve memnuniyetini etkilemediği saptanmıştır (1,89,213). Bu sonuç kültürel olarak kadınların doğumun normal sürecinde ağrının var olduğunu ve bu ağrının yaşanması gerektiği düşünmesinden kaynaklı olabilir. Bu konuda yapılan Duran ve Atan (2011)'in kadınların doğuma bakışının incelendiği bir çalışmada; kadınlar doğumda ağrı yaşamının anneliğe yönelik duygu ve sorumlulukları daha iyi hissetmeyi sağladığını ve ağrı yaşamadan iyi bir anne olunamayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir (217). Çalışmamıza katılan kadınların doğum ortamının kendine ait olması kendilerini ev ortamında hissedilmesini kolaylaştırmaktadır. Doğum odasına gelirken istedikleri eşyalarını getirebilmektedir. Bu sayede de ağrı ve kaygısını azalmaktadır.

5.7. DKÖ İLE NDAMDÖ ÖLÇEK TOPLAM PUAN VE ALT BOYUTLARININ İLİŞKİSİ

Çalışmamızda kullanılan DKÖ ve NDAMDÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$), (Tablo 4.22).

DKÖ ile NDAMDÖ alt boyutları arasında, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.22). Kadınların gebelik ve doğum eyleminde bilgilendirme desteği almasının, eylem sürecine dahil olup ve karar verebilmesinin doğuma yönelik konfor ve memnuniyeti olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Aynı zamanda süreç boyunca mahremiyetinin korunması, kaliteli bakım alması, hastane olanakları ve beklentilerin karşılanması konfor ve memnuniyeti arttırmaktadır. Tüm bu alt boyutların kadınların doğum sürecinde görecekleri sürekli doğum desteği ile sağlanabileceği düşünülmektedir.

DKÖ ile NDAMDÖ alt boyutları arasında, sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik/ebelik bakımı, rahatlatma, bebekle tanışma, hastane odası alt boyutları arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.22). Kadınların doğum

yaptıkları tek kişilik TDL odalarının, bu odaların avantajları ile erken dönemde bebeğiyle tanışmasının ve süreç boyunca anlayışlı bir ebe tarafından destekleyici bakım almasının doğum konforunu ve memnuniyetini olumlu yönde arttırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda kullanılan NDAMDÖ ve DKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$), (Tablo 4.23).

NDAMDÖ ile Psikospiritüel alt boyutu arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.23). Psikospiritüel konfor mental, psikolojik ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır (75,76,213). Kadınların mental sağlığının düzeyi doğuma yönelik konfor ve memnuniyeti etkilediği saptanmıştır.

NDAMDÖ ile çevresel alt boyutu arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Kadınların doğum ortamlarının memnuniyet ve konforu etkilediği görülmektedir. Tek kişilik TDL odalarında yapılan doğumların kadınların memnuniyet ve konforunu etkilediği saptanmıştır.

NDAMDÖ ile fiziksel alt boyutu arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.23). Fiziksel durum ağrı, kaygı, dinlenme ve gevşeme gibi faktörlerden etkilenmektedir. Doğum sürecinde kadının yanında bulunan refakatçinin, kadına yürütmesine yardım etmesi gibi fiziksel destek vermesi, yanında bulunarak duygusal destek sağlaması sayesinde kadının doğuma yönelik memnuniyet ve konforunun artmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir.

DKÖ alt boyutları ile NDAMDÖ ve alt boyutlarının ilişkisi Tablo 4.24'te verilmiştir. Fiziksel alt boyut ile sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik/ebelik bakımı, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane olanakları alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.24).

Fiziksel alt boyut ile hastane odası alt boyutu arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu

görülmektedir (Tablo 4.24). Fiziksel alt boyut ile rahatlatma, bebekle tanışma alt boyutları arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.24). Fiziksel alt boyut ile mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.24).

Psikosprituel alt boyut ile NDAMDÖ tüm alt boyutları arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.24).

Çevresel alt boyut ile sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, rahatlatma, kararlara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, hastane odası alt boyutları arasında ($0,2 < r < 0,3$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.24). Çevresel alt boyut ile postpartum bakım, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyutları arasında ($0,4 < r < 0,5$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.24).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Doğum sürecinde aile desteğinin doğum memnuniyetine ve konfora etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $27,33 \pm 5,54$ olduğu,
- Kadınların %89,4'ü evli, %10,6'sının ise imam nikalı olduğu,
- . Evlilik yaşı ortalamasının $20,11 \pm 2,97$ ve evlilik süresi ortalamasının $7,25 \pm 5,57$ olduğu,
- Kadınların ortalama menarş yaşının $12,69 \pm 1,03$ olduğu,
- Katılımcıların %89,7'sinin ilde yaşadığı,
- %84,9'nun da çekirdek aile yapısında olduğu,
- Kadınların %31,4'ü ve eşlerinin de %34'ünün ilkökul mezunu olduğu saptandı.
- Çalışmaya katılan kadınların %75,6'sının ev hanımı olduğu,
- %76'sının doğumdan sonra çalışmayı düşünmediği,
- %90,9'unun bir sağlık güvencesi olduğu ve %80,6'sının gelirinin giderine denk olduğu,
- Kadınların gebelik haftalarının ortalama $38,51 \pm 1,85$ olduğu ve %38,9'unun ikinci gebeliğinin olduğu saptandı.
- Kadınların %53,4'ünün bir çocuğu olduğu,
- Kadınların %67,4'nün gebeliğinin planlı ve %56,8'nin de doğum öncesi 7'den fazla kontrole gittiği,
- Kadınların %83,7'sinigebelikte egzersiz yaptığı ve sadece %3,4'ünün doğum öncesi eğitime katıldığı,
- Çalışmaya katılan kadınların %18'inin gebelikte bir hastalığının bulunduğu,

- Kadınların %91,4'ünün refakatçi istediği, refakatçilerin sadece %0,9'unun doğum öncesi eğitime katıldığı,
- Kadınların %99,1'nin refakatçilerin yeterli destek sağladığı,
- Refakatçi olarak kadınların %41,4'nün annesi, %23,4'nün elti veya görümcesi, %8,3'nün eşi, %8,3'nün arkadaşının, %8'nin kız kardeş, çocuğu veya yeğeninin, %2,9'unun komşusunun, %2,9'nun teyze, hala ya da yengesinin, %4,9'unun kayınvalidesinin bulunduğu,
- Kadınların %70,2'si doğum sürecinin tamamında desteğe ihtiyaç duyduğu,
- Kadınların çoğunluğunun (%98,9) doğum sürecini olumlu olarak değerlendirdiği ve doğum deneyiminin beklediği gibi geçtiğini (%71,1) ifade ettiği,
- Kadınların doğumda sırayla, düşük (%43,7) ve orta düzeyde (%39,4) kaygı yaşadığı saptandı. Kadınların %54,3'nün ağrı düzeyi orta iken %23,1'inin ağrı düzeyinin yüksek olduğu,
- Çalışmaya katılan annelerin DKÖ puan ortalamasının $41,55 \pm 4,03$ olduğu,
- Doğum konfor ölçeği ile yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). 25-29 yaş aralığında olan kadınların DKÖ puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların medeni durumu ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel anlamda fark bulunurken, aile tipi ($p = 0,084$) ve en uzun yaşadıkları yer ($p = 0,072$) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu anlamlılık incelendiğinde evli olan kadınların DKÖ puan ortalaması sadece imam nikahı olan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Kadınların eğitim düzeyi ve eşlerinin eğitim düzeyi ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Üniversite/Yüksekokul Lisansüstü eğitim düzeyine sahip kadınların ve eşlerinin DKÖ puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

- Katılımcıların sigara kullanımı değişkeni ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara kullanmayan annelerin DKÖ puan ortalaması sigara kullanan annelere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- Kadınların çalışma durumu ile DKÖ ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken meslek türü ($p=0,075$), sağlık güvence durumu ($p=0,590$) ve gelir düzeyi ($p=0,168$) ile ilgili anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Yaşanılan gebeliğin planlı olması ve doğum öncesi kontrole gidilmesinin DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gebeliği planlı olan kadınların DKÖ puan ortalaması gebeliği planlı olmayan kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Doğum öncesi kontrol sayısı 7'den fazla olan kadınların DKÖ puan ortalamasının 1-3 kez ve 4-6 kez kontrole giden kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadınların doğumdan sonrası çalışma durumu ($p=0,073$), gebelik sayısı ($p=0,861$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0,095$), düşük sayısı ($p=0,337$) ve gebelikte hastalık durumu ($p=0,248$) ile DKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların gebelik sürecinde egzersiz yapması ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelikte egzersiz yapanların DKÖ puan ortalaması egzersiz yapmayanların ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir.
- Kadınların gebelik sürecinde bir eğitime katılma durumu ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelikte eğitime katılanların DKÖ puan ortalaması eğitime katılmayanların ortalamasından yüksektir.
- Katılımcıların gebelik haftası, gebelikte aldıkları kilo, evlilik süresi ve menarş yaşı ile DKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Gebelikte herhangi bir hastalığı olan kadınların hastalık çeşitleri ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların doğumda refakatçi isteği ($p=0,089$), refakatçisinin eğitim alma durumu ($p=0,644$), refakatçisinin kim olduğu ($p=0,696$), refakatçisinin gerekli desteği sağlama durumu ($p=0,757$), desteğe en ihtiyaç duyulan doğum dönemi($p=0,531$) ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların doğum deneyimi ve doğum deneyimine ilişkin ifadeleri ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Kadınların doğum kaygısına ilişkin ifadeleri ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Düşük düzeyde kaygı duyan kadınların DKÖ puan ortalaması yüksek düzeyde ve orta düzeyde kaygı yaşayan kadınların puan ortalamasından daha yüksektir.
- Kadınların doğum ağrısına ilişkin ifadeleri ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Orta düzeyde ağrı hisseden kadınların DKÖ puan ortalaması yüksek düzeyde ve düşük düzeyde ağrı hisseden kadınların puan ortalamasından daha yüksektir.
- Çalışmaya katılan kadınların NDAMDÖ puan ortalaması $204,49\pm15,21$ olarak belirlendi.
- Katılımcıların yaş grupları ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). 25-29 yaş grubundaki kadınların NDAMDÖ puan ortalaması diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların medeni durumu ($p=0,163$) ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların en uzun yaşadıkları yer ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). En uzun ilde yaşayan

kadınların NDAMDÖ puan ortalaması en uzun köy veya ilçede yaşayan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

- Kadınların aile tipi ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çekirdek aile tipine sahip kadınların NDAMDÖ puan ortalaması geniş aile tipindeki kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.
- Kadınların ve eşlerinin eğitim durumu ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Üniversite/Yüksekokul Lisansüstü eğitim düzeyine sahip kadınların NDAMDÖ puan ortalaması diğer eğitim düzeylerine kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.
- Katılımcıların sigara kullanımı ($p=0,179$) ve çalışma durumu ($p=0,278$) ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların meslek türü ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Memur olarak çalışan kadınların NDAMDÖ puan ortalamasının diğer meslek türlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadınların gelir düzeyi ($p=0,306$) ve sağlık güvence durumu ($p=0,251$) ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların doğum öncesi kontrol sıklığı ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). 7'den fazla doğum öncesi kontrole giden kadınların NDAMDÖ puan ortalaması 1-3 kez ve 4-6 kez kontrole giden kadınların puan ortalamasından daha yüksektir.
- Kadınların yaşayan çocuk sayısı ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). 2 çocuğa sahip olan kadınların NDAMDÖ puan ortalaması 1 çocuk, 3 çocuk ve 4 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

- Kadınların doğumdan sonra çalışma durumu ($p=0,762$) ve gebelik sayısı ($p=0,892$) ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Katılımcıların düşük sayısı ($p=0,959$), planlı gebelik durumu ($p=0,144$), gebelikte egzersiz yapma durumu ($p=0,066$), gebelikte bir eğitime katılma durumu ($p=0,462$) ve gebeliğe ek olarak bir hastalığa sahip olma ($p=0,074$) durumu ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların evlilik yaşı ve evlilik süresi ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Kadınların gebelik haftası, gebelik boyunca aldıkları kilo ve menarş yaşı ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların doğumda refakatçi isteği ($p=0,057$), refakatçisinin eğitim alma durumu ($p=0,143$), refakatçisinin kim olduğu ($p=0,225$), desteğe en ihtiyaç duyulan doğum dönemi ($p=0,128$) ve doğum deneyimi ($p=0,429$) ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kadınların refakatçinin gerekli desteği sağlama durumu ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Refakatçisi tarafından gerekli destekleyici bakımı alan kadınların NDAMDÖ puan ortalaması refakatçisi tarafından gerekli destekleyici bakımı alamayan kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların doğum deneyimine ilişkin ifadeleri ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Doğum deneyimini “Beklediğinden iyi” olarak değerlendiren kadınların NDAMDÖ puan ortalaması doğum deneyimini “Beklediğim gibi” olarak değerlendiren kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların doğum kaygısına ilişkin ifadeleri ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Düşük düzeyde kaygı duyan kadınların NDAMDÖ puan ortalaması yüksek düzeyde ve orta düzeyde kaygı yaşayan kadınların puan ortalamasından daha yüksektir.

- Kadınların doğum ağrısına ilişkin ifadeleri ile NDAMDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Düşük düzeyde ağrı hisseden kadınların NDAMDÖ puan ortalaması yüksek düzeyde ve orta düzeyde ağrı hisseden kadınların puan ortalamasından daha yüksektir.
- Çalışmada kullanılan doğum konforu ve doğumda anne memnuniyeti değerlendirme ölçekleri alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Kullanılan ölçeklerden DKÖ alt boyutları ile NDAMDÖ kıyaslandığında, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım, Hastane Olanakları, Mahremiyete Saygı, Beklentilerin Karşıllanması alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sağlık ekibini algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik/Ebelik Bakımı, Rahatlatma, Bebekle Tanışma, Hastane Odası alt boyutları arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- NDAMDÖ ile DKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- NDAMDÖ ile Psikospiritüel alt boyutu arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.
- NDAMDÖ ile çevresel alt boyutu arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- NDAMDÖ ile fiziksel alt boyutu arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

- DKÖ alt boyutları ile NDAMDÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- DKÖ alt boyutlarından Fiziksel alt boyut ile Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik/Ebelik Bakımı, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım, Hastane Olanakları alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- Fiziksel Alt boyut ile Hastane Odası alt boyutu arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- Fiziksel Alt boyut ile Rahatlatma, Bebekle Tanışma alt boyutları arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- Fiziksel Alt boyut ile Mahremiyete Saygı, Beklentilerin Karşıllanması alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- DKÖ alt boyutlarından Psikospiritüel alt boyut ile NDAMDÖ tüm alt boyutları arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- Çevresel Alt boyut ile Postpartum Bakım, Hastane Olanakları, Mahremiyete Saygı, Beklentilerin Karşıllanması alt boyutları arasında ($0,4<r<0,5$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- DKÖ alt boyutlarından Çevresel alt boyut ile Sağlık ekibini algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlatma, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Bebekle tanışma, Hastane Odası alt boyutları arasında ($0,2<r<0,3$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif (aynı) yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.
- Doğumda sağlanan desteğin, obstetrik ve sosyodemografik özelliklerin kadınlarda memnuniyet ve konforu arttırdığı görülmektedir.

6.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınların doğum yaptıkları çevrenin rahatını ve konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmesi ile kadınların konfor ve memnuniyet düzeylerinde artma sağlanabilir.
- Doğumda verilen aile desteği kadının olumlu doğum deneyimi yaşayarak memnuniyetinin artmasına yardımcı olacaktır.
- Kadının kendini rahat hissettiği, mahremiyetinin korunduğu ve kendine ait olan bir ortamda doğum yapması kadının konforunu attırarak doğuma yönelik memnuniyetini sağlayabilir.
- Kadınların yanında refakatçi olarak kalacak olan aile üyesinin, destekleyici bakım verme konusunda güçlendirilmesi, kadınların süreç ile baş etmede daha etkin olmalarını sağlayabilir.
- Klinikte çalışan ebelerin iş yüklerinin fazlalığı ve personel sayılarının azlığı, ebelerin gebe ve refakatçisi ile uzun süreli iletişim kurmasının ve eğitimler vermesinin önüne geçmektedir. Çalışan ebe sayıları iyileştirilmeli ve ebelerin gebe ve refakatçilere destek sağlamaları için imkan verilmelidir.
- Ülkemizde doğum ortamı, aile desteği ve doğuma yönelik konfor ve memnuniyet ile ilgili yapılan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bilgin, N.Ç., Ak, B., Potur, D.C., Ayhan, F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3):342-352. DOI: 10.17681/hsp.422360.
2. Şimşek, H.N., Demirci, H., Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2):97-103.
3. 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. *Journal Midwifery Womens Health*, 62(2):196-203.
4. World Health Organization. (2018). WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Erişim: 09.09.2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
5. Moberg, K.U. (2011). *The Oxytocin Factor: Tapping the Hormone Of Calm, Love And Healing*. London: Pinter & Martin.
6. Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*, 6;7(7):CD003766.
7. Yuenyong, S., O'Brien, B., Jirapeet, V. (2012). Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a that setting, *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(1):45-56. Doi: 10.1111/J.1552-6909.2011.01311.X.
8. Bal, D.M., Yılmaz, D.S. (2017). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
9. Macdonald, S., Johnson, G. (2017). *Mayes' Midwifery*. Edinburg: Elsevier.
10. Church, S. (2017). *New Thinking On Improving Maternity Care: International Perspectives*, London: Pinter And Martin.
11. Karaman, Ö.E. (2017). Doğum eyleminde hareket serbestliğinin doğum sürecine etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
12. Taşkın, L. (2016). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
13. Başgöl, Ş., Beji, N.K. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2):32-39.
14. Tokat S. (2019). Doğumda eş ve anne/arkadaş desteğinin doğum sürecine etkileri, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
15. Arslan, H. (2012). *Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
16. Güngör, İ., Rathfisch, G.Y. (2009). Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2):56-65.
17. Can, E.K., Apay, S.E. (2020). Doğum şekli: doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi?. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3):547-565.
18. Coad, J., Dunstall, M. (2011). *Anatomy and Physiology for Midwives E-Book*. Edinburg: Elsevier.
19. Leap, N., Anderson, T. (2008). *Normal Childbirth: Evidence and Debate Churchill Livingstone*. Londra: Elsevier.
20. Pinar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3):184-190.
21. Kömürcü, N., Gençalp, N.S. (2002). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1):78-82.
22. Coşar, F., Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1).
23. Ertem, G., Sevil, U. (2005) Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2):117-123.
24. Escott, D., Spiby, H., Slade, P., Fraser, R.B. (2004). The Range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, 20(2):144-156.
25. Ward, M.E., Cousins, M.J. (2000). Pain Mechanisms İn Labor. In: Birnbach DJ, Gatt SP, Data S, Ed. *Textbook Of Obstetric Anesthesia*. Philadelphia: Churshill Livingstone.
26. Yıldırım, G., Şahin, N.H. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1):14-20.
27. Kaçar, N. (2020). Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2):113-130.

28. Sauls, D. (2002). Effects of labor support on mothers, babies and birth outcomes. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 3(6):733-741.
29. Khresheh, R. (2010). Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, 26(6): 21–24.
30. Timur, S., Şahin, N.H. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1):29-40.
31. Karaçam, Z., Akyüz, E.Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirelerin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1).
32. Sosa, G.A., Crozier, K.E., Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: more than a ratio. *Midwifery*, 62:230–239.
33. Corbett, A.C., Callister, L.C. (2000). Nursing support during labor. *Clinical Nursing Research*, 9:70-83.
34. Holroyd, E., Yin-Icing, L., Pui-Yuk, L.W., Kwok-Hong, F.Y., Shuk-Lin, B. L. (1997). Hong Kong Chinese women's perception of support from midwives during labour. *Midwifery* 13(2):66–72.
35. Adams, S.S., Eberhard-Gran M., Eskild A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10):1238-46.
36. Gjerdingen, D.K., Chaloner, K.M. (1994). The Relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *The Journal of family practice*, 38(5):465-72.
37. World Health Organization. (2018). *Adolescent Health and Development*. Erişim: 09.09.2021, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_en.pdf
38. Van Der Gucht, N., Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3):349-58.
39. Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B.C., Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2):83-92.
40. McGrath, S.K., Kennell, J.H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth*, 35(2):92-7.
41. Mete, S., Çiçek, Ö. (2018). Doğum desteği: yeniden önem kazanmaya başlayan bir uygulama. *Bezmialem Bilim Dergisi*, 6:138-42.
42. Scott, K.D., Berkowitz, G., Klaus, M.A. (1999). Comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180:1054-59.
43. NICE (2014). *National Institute for Health and Care Excellence, Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth*. Erişim: 09.09.2021, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
44. Davies, B.L., Hodnett, E. (2002). Labor support: nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 31(1):48-56.
45. Berghella, V., Baxter, J.K., Chauhan, S.P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5):445-54.
46. Campbell, D.A., Lake, M.F., Falk, M., Backstrand, J.R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 35(4):456-64.
47. Bonaro, D.P., Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *Journal Midwifery Womens Health*, 49(4):19-27.
48. Zhang, J., Bernasko, J.W., Leybovich, E., Fahs, M., Hatch, M.C. (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 88(4):739-44.
49. Höglund, B., Larsson, M. (2014). Professional and social support enhances maternal well-being in women with intellectual disability - a Swedish interview study. *Midwifery*, 30(11):1118-23.
50. Khresheh, R., Barclay, L. (2010). The lived experience of Jordanian women who received family support during labor. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(1):47-51.
51. Najafi, T.F., Roudsari, R.L., Ebrahimipour, H. (2017). A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Electronic Physician Journal*, 25;9(10):5446-5451.
52. Sauls, D.J. (2006). Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of School Nursing*, 38(1):36-41.
53. Hodnett, E. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25(3):257-64.
54. Adams, E.D., Bianchi, A.L. (2008). A Practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 37(1):106–15.
55. Iliadou, M. (2012). Supporting Women İn Labour. *Health Science Journal*, 6(3):385-390.

56. Kim, T.H.M., Connolly, J.A., Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*, 14:162.
57. Yılmaz, E., Nazik, F. (2018). Annelerin doğumu algılayışı ile hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişki. *Jinekoloji Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(2):52-56.
58. Rosen, P. (2004). Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *Journal Midwifery Womens Health*, 49(1):24-31.
59. World Health Organization. (2018). WHO Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience [Online]. Erişim: 09.09.2021, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
60. Bogossian, F.E. (2007). Social support: proposing a conceptual model for application to midwifery practice. *Women Birth*, 20(4):169-73.
61. Mamuk, R., Davas, N.İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3):137-144.
62. Levett, K.M., Smith, C.A., Bensoussan, A., Dahlen, H.G. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *British Medical Journal*, 6:E010691.
63. Serçekuş, P., İsbir, G.G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1).
64. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2015). Midwife-Led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Review*, 15(9):CD004667.
65. Mete, S., Uludağ, E. (2017). Doğumda destekleyici bakımda hypnobirthing felsefesinin kullanılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1):52-59.
66. Seefat-Van, T.A., Nieuwenhuijze, M., Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1):E122-7.
67. Gjerdingen, D.K., Froberg, D.G., Fontaine, P. (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine*, 23(5):370-5. PMID: 1884933.
68. Vatansever, Z., Okumuş, H. (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2):81-87.
69. Kapan, B., Boyacıoğlu, N.E. (2019). Engelli gebelerin karşılaştıkları zorluklar ve ebelik yaklaşımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2):64-71.
70. Yersel, B., Durualp, E. (2019). İşitme engeli ve dil konuşma bozukluğu olan çocukların annelerinin sosyal destek algıları. *Bilim Eğitim Sanat Ve Teknoloji Dergisi*, 3(1):1-12.
71. Türk Dil Kurumu (TDK). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim: 09.09.2021 <https://sozluk.gov.tr/>
72. Güngör, İ. (2009). Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
73. Akın, B. (2018). Algılanan doğum ağrısı, doğum memnuniyeti ve neonatal sonuçlar üzerine doğum dansının etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebeler Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
74. Aydemir-Arak N. (2020). Doğumda sağlık personelinin algılanan desteğin doğum memnuniyetine etkisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebeler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın .
75. Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
76. Kolcaba, K. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6):1178-1184.
77. Ferrer, M.B., Jordana, M.C., Meseguer, C.B., Garcia, C.C., Roche, M.E. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 26(8):E011362.
78. Gungor, I., Beji, N.K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28(3):348-357.
79. Gün, Ç., Gezgiç, M., Dinçer, H. (2021). Normal doğumda öğrenci hemşire tarafından verilen destekleyici bakım ile rutin bakımın doğum konforuna etkisinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2):770-780.
80. Taşçı, E.D., Ünsal, Ş.A. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3):83-88.

81. Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience - a mixed methods study. *Midwifery*, 51:33-39.
82. McKinney, E., Ashwill, J., Murray, S. (2000). *Maternal and child nursing*, Saunders Company. Philadelphia: Elsevier.
83. Kolcaba, K., Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16:1301-1310.
84. Akın, B., Turfan E.Ç. (2016). Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin doğumdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, (8):1-16.
85. Jafari, E., Mohebbi, P., Mazloomzadeh, S. (2017). Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3):219-224.
86. Smarandache, A., Kim, T., Bohr, Y., Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:114.
87. Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186:160-72.
88. Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35:107-16.
89. Floris, L., Irion, O., Courvoisier, D. (2017). Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Medice*, 22(8):969-977.
90. Waldenström, U., Rudman, A., Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(5):551-60.
91. Oveysi, M., Apay, S.E. (2021). Doğumda algılanan destekleyici bakım ve memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3):232-238.
92. Tosun, S. (2019). Travayda düş almanın annenin doğum ve doğum sonrası konforuna etkisi. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
93. Buldukoğlu, K., Terakye, G. (1990). Fiziksel yönden riskli gebelerin ruhsal yönden risk durumlarının belirlenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, 109.
94. Karakaplan, S. (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
95. Boz, İ., Akgün, M., Duman, F., Uçan, H., Göksu, M., Coşkun, G., Hayta, G. (2019). Gebelerin doğum eyleminde algıladıkları destekleyici bakım ile doğum algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(4): 187-190.
96. Nursing support of laboring women. (2011). An official position statement of the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 40(5):665-6.
97. Kashanian, M., Javadi, F., Haghighi, M.. M (2010) Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109(3):198-200.
98. Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*, 10(3).
99. Senarath, U., Fernando, D.N., Rodrigo, I. (2006). Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine International Health*. 11(9):1442-51.
100. RCM (2014). Maternal Mental Health Improving Emotional Wellbeing In Postnatal Care, Erişim: 09.09.2021, <https://www.rcm.org.uk/media/2356/pressure-points-mental-health.pdf>
101. RCM (2015). Caring For Women with Mental Health Problems: Standards And Competencyframework For Specialist Maternal Mental Health *Midwives*, Erişim: 09.09.2021,
102. Alys, E. (2017). Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care. *The Practising Midwife*, 20(4):31-34.
103. Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidson, A.B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., Widström, A.M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2):97-109.
104. Langer, A., Campero, L., Garcia, C., Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public

- hospital: a randomised clinical trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **105**(10):1056-63.
105. Gordon, N.P., Walton, D., Mcadam, E., Derman, J., Gallitero, G., Garrett, L. (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstetrics Gynecology*, **93**:42242-6.
106. Payant, L., Davies, B., Graham, I.D., Peterson, W.E., Clinch, J. (2008). Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **37**: 405-14.
107. Çiçek, Ö. (2016). Doğum eyleminde uygulanan hemşirelik bakımının doğum korkusu, ağrısı, doğum süresi ve memnuniyete etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
108. Gaskin, I. M. (2015). İna May'in Emzirme Rehberi, Sinek Sekiz Yayın Evi, İstanbul.
109. Scamell, M. (2016). The fear factor of risk - clinical governance and midwifery talk and practice in the UK. *Midwifery*, **38**:14-20.
110. Byrom, S., Downe, S. (2019). *Squaring the Circle: Normal Birth Research, Theory and Practice in a Technological Age*. London: Pinter & Martin.
111. Hammond, A., Foureur, M., Homer, C.S., Davis, D. (2013). Space, place and the midwife: exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women Birth*, **26**(4):277-81.
112. Hodnett, E.D., Downe, S., Walsh, D., Weston, J. (2010). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Systematic Review*, **8**(9):CD000012.
113. İstanbul Doğum Akademisi Anne Dostu Hastane Türkiye Kriterleri. Erişim: 09.09.2021, <https://www.Dogumakademisi.Com/Tr/Blog/Annebebek-Dostu-Hastane/167/Anne-Dostu-Hastane-Turkiye-Kriterleri/394>
114. Öztürk, M., Alan, S., Kadioğlu, S. (2018). Çağdaş obstetride doğumhane: yapı ve işleyiş standartları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, **8**(3):198-204.
115. Fallon, V.M., Harrold, J.A., Chisholm, A. (2019). The impact of the UK baby friendly initiative on maternal and infant health outcomes: a mixed-methods systematic review. *Maternal Child Nutrition*, **15**(3):E12778.
116. UNICEF. (2017). Guide To the UNICEF UK Baby Friendly Initiative Standards. Erişim: 09.09.2021, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/guide-to-the-standards/>
117. Hunt, F. (2008). The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding. *Journal of Neonatal Nursing*, **14**(2):47-51.
118. UNICEF. (2017). Early Moments Matter. (İnternette). Erişim: 09.09.2021, <https://www.unicef.org/early-moments>
119. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N., Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Systematic Review*, **16**(5):CD003519.
120. World Health Organization. (2015). WHO Safe Child Birth Checklist İmplementation Guide: İmproving the Quality Of Facility-Based Delivery For Mother And Newborns. (İnternette) Erişim: 09.09.2021, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>
121. Yerlikaya, A., Çalım S.İ. (2021). Erken ten tene temasın anne ve yenidoğan sağlığına etkisi: sistematik derleme. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **24**(1): 117-130.
122. Jenkinson, B., Josey, N., Kruske, S. (2013). Birthspace: an evidence-based guide to birth environment design. *Queensland Centre for Mothers and Babies*.
123. Ross-Davie, M., McElligott, M., King, K., Little, M. (2014). Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room? *The Practising Midwife* **17**(6):19-22.
124. Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery Women's Health*, **55**(3):234-42.
125. Van Der Gucht, N. Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, **31**(3): 349-358.
126. Halldorsdottir, S. Karlsdottir, S. (1996). Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, **12**(2): 48-61.
127. Abushaikh, L., Sheil, E. (2006). Labor stress and nursing support: how do they relate? *Journal of International Womens Studies*, **7**(4) 198-208.
128. Thorstensson, S., Nissen, E., Ekström, A. (2008). An exploration and description of student midwives' experiences in offering continuous labour support to women/couples. *Midwifery*, **24**(4):451-9.
129. Uludağ, E., Mete, S. (2014). Doğum eyleminde destekleyici bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **3**(2), 22-9.

130. Aktaş, D., Gökgöz, N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1):65-82.
131. Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., Nagata, C., Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*, 20;4(4):CD011516.
132. Aktaş, S., Can, H.Ö. (2019). Doğum merkezleri: kanada izlenimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(4):474-480.
133. Malott, A.M., Kaufman, K., Thorpe, J., Saxell, L., Becker, G., Paulette, L., Ashe, A., Martin, K., Yeates, L., Hutton, E.K. (2012). Models of organization of maternity care by midwives in Canada: a descriptive review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(10):961-970.
134. Schuiling, K.D., Sampelle, C., Kolcaba, K. (2011). *Exploring the Presence of comfort within the Context of childbirth.. In: Rosamund Bryar, Marlene Sinclair eds.Theory for Midwifery Practice*. New York: Palgrave Macmillan Publisher.
135. Coşkun, D.P., Merih, Y.D., Külek H., Gürkan ÖC. (2015). Doğum konforu ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4):252-258.
136. Güngör, İ. (2009). Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
137. TNSA. (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
138. Kıssal, A., Kartal, B. (2018). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım içeriğinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1):35-41. doi:10.30934/kusbed.481681.
139. World Health Organization. (2016). WHO Recommendations on Antenatal Care for A Positive Pregnancy Experience. Erişim: 12.09.2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
140. Beyaz, E., Gökçeoğlu, S., Özdemir, N. (2020). Muş il merkezinde gebelerin sağlık uygulama düzeylerinin belirlenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):9-16.
141. Sayiner, F.D., Demirci, N. (2007). Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60):146-154.
142. Uysal B. (2017). Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
143. Tunç, R. (2020). Doğum sonu konfor düzeyinin emzirme öz-yeterlilik ve emzirme başarısı üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
144. Dinç, S. (2014) Baba-Bebek arasındaki bağlanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
145. Yargıç, M.P., Karayılan, Ş.Ş., Dönmez, G. (2014). *Gebelik ve egzersiz. Spor Hekimliği Dergisi*, 49(3):91-98.
146. Ünver, H., Aylaz, R. (2017). Gebelerde fiziksel egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 27(2):71-78.
147. Potur, D.C., Yiğit, F., Bilgin, N.Ç. (2007). Anne adaylarının fetal sağlığı değerlendiren testlere yaklaşımının kalitatif incelenmesi [Poster]. I. Ulusal Ebelik Kongresi, İstanbul.
148. Pamuk, S., Arslan, H. (2008). Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi [Poster]. Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği 6. Ulusal Kongresi, Antalya.
149. Pınar, G., Pınar, T. (2009). Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7 (3):132-140.
150. Boz, İ., Akgün, M., Duman, F., Uçan, H., Göksu, M., Coşkun, G., Hayta, G. (2019). Gebelerin doğum eyleminde algıladıkları destekleyici bakım ile doğum algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(4):187-190.
151. Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T., Dahlen, H.G., Ee, C.C., Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 28;3(3):CD009290. doi: 10.1002/14651858.CD009290.pub3.
152. Çapık, A. Özkan, H. Apay, S. (2014). Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, C3/S7.

153. Panth, A., Kafle, P. (2018). Maternal satisfaction on delivery service among postnatal mothers in a government hospital, Mid-Western Nepal. *Hindawi Obstetrics and Gynecology International*, 11.
154. Larkin, P., Begley, C., Devane, D. (2017). Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *Pregnancy and Childbirth* 17:19.
155. Uzel, H. (2016). İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. Celal Bayar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
156. Çapık, A., Sakar, T., Yıldırım, N., Karabacak, K., Korkut, M. (2016). Annelerin doğum şekline göre memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2):92-99.
157. Aslam, M. F., Gilmour, K., & Fawdry, R. D. S. (2003). Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 364-366.
158. Üst, Z.D., Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3):306-317.
159. Özkan, S.A., Şenol, D.K., Aslan, E. (2020). Üçüncü Trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2): 92-99.
160. Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3):99-108.
161. Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskienė, R.J., Jureniene, K., Pop, V.J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(5):599-605.
162. Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 45:85-91.
163. Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27:51-8.
164. Gözüyeşil, E.Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3:39-66.
165. Dağlar, G., Bilgiç, D., Özkan, S.A. (2019). Factors affecting the quality of life among pregnant women during third trimester of pregnancy. *Cukurova Med Journal*, 44(3):1.
166. Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4):200-206.
167. Topal, B., Şahin, H. (2017). Sağlık sektöründe müşteri memnuniyetinin ölçümü: simav devlet hastanesi örneği. *Journal of Emerging Economies and Policy*, 2(1):15-30.
168. Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku Journal Exp Medicine* 235(1):53-55.
169. Önsüz, M., Topuzoğlu, A., Cöbek, U., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S. (2015). İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1):33-49.
170. Yiğitbaş, Ç., Kahrıman, İ., Yeşilçiçek, Ç.K., Bulut, K.H. (2012). Trabzon il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2): 49-59.
171. Doğan, N., Yiğit, R., Erdoğan, S. (2013). Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 6(3): 10-18.
172. Doğaner, G.T. (2014). Gebelerin aldıkları prenatal bakımdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
173. Şahin, S. (2017). Doğum sonrası annelerin emzirme ve konfor durumlarının incelenmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Ankara.
174. Altıparmak, S., Coşkun, A.M. (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2):2610-2624. doi:10.14687/jhs.v13i2.3744.
175. Özkan, A., Arslan, H. (2007). Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 38(4):155-161.
176. Göker, N. (2019). Travayda aktif faz süresinin, doğumun ikinci evresine ve postpartum konfora etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
177. Kartal, Y.A., Karaman, T. (2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1):85-91.
178. Çapık, A., Apay, S.E., Sakar, T. (2015). Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3):196-203.

179. Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., Çakmak, F. (2015). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, **36**(3):184-190.
180. Erci, B., Ivanov, L. (2004). The relationship between women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, **9**(1):97-102.
181. Aladağ, H. (2008). Gebelik diyabeti erken gebelik haftasında saptanabilir mi? İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya.
182. Nazik, E. (2005). Gebelikte görülen olağan rahatsızlıklar ve gebelerin uyguladıkları baş etme yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Erzurum.
183. Evenson, K.R., Eyler, A.A., Wilcox, S., Thompson, J.L. & Burke, J.E. (2003). Test-retest reliability of a questionnaire on physical activity and its correlates among women from diverse racial and ethnic groups. *American Journal of Preventive Medicine*. **25**(3):15-22.
184. León, P., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise- based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials, *Birth*, 1–9.
185. Stoll, K., Edmonds, J. K., Hall, W. A. (2015). Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young American women before childbirth: a survey study. *Birth*, **42**(3), 270-276.
186. Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, I., Bladh, M., Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **15**:115. DOI 10.1186/s12884-015-0548-6.
187. Reyhan, F. (2017). Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir.
188. Lowe, N.K. (2000). Self-Efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **21**(4): 219-224.
189. Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **82**:201-208.
190. Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., Turkstra, E., Ryding, E.L. (2014) A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, **41**(4): 384-393.
191. İsbir, G.G., Serçekuş, P. (2015). The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Research*, **25**(2):112-119.
192. İsbir, G.G., Inci, F., Onal, H., Yıldız, P.D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, **32**:227-232.
193. Karabulut, Ö., Coşkun, P.D., Doğan, M.Y., Cebeci, M.S., Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, **63**:60-67.
194. Kızıllırmak, A., Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, **29**:19-24.
195. Serçekuş, P., Başkale, H. (2006). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, **34**:166-172.
196. Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., Astedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **31**(2): 293-301.
197. Duncan, L.G., Cohn, M.A., Chao, M.T., Cook, J.G., Riccobono, J., Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*, **17**(1):140.
198. Serhatlıoğlu, S.G., Karahan, N. (2018). Doğum memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health*, **1**(8):75-91.
199. Gençalp, N.S. (2001). Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi. 1. Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Antalya, 276-279.
200. Vural, F., Çiftçi, S., Çakıroğlu, Y., Vural, B. (2014). Patient satisfaction with outpatient health care services: evaluation of the components of this service using regression analysis, *North Clinics of Istanbul*, **1**(2):71-77.
201. Tingstig, C., Gottvall, K., Grunewald, C., Waldenström, U. (2012). Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. *Birth*, **39**(2):106-114.

202. Akkaş, S.Ç. (2014). Gebelik döneminde eşler arası uyum. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Aydın.
203. Timur, S., Şahin, N. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **12**(1):29-40.
204. Bondas-Salonen, T. (1998). How women experience the presence of their partners at the birth of their babies. *Qualitative Health Research*, **8**(6):784-800.
205. Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **170**(2):401-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040.
206. Marakoğlu, K., Şahsıvar, Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **28**(4):525-532.
207. Çalık, K.Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3**(1):142-162.
208. Adams, S., Gian, M., Eskild, A. (2012). Fear of childbirth an duration of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, **119**(10):1238-1246.
209. Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R.L., Repokari, L., Vilska, S., Tiitinen, A., Tulppala, M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetric Gynecology*, **108**(1):70-6. doi: 10.1097/01.AOG.0000222902.37120.2f. PMID: 16816058.
210. Şaşmaz, G. (2015). Kadının doğum eylemindeki destekleyici bakım algısı ile doğum korkusu arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
211. Abd El-Aziz, N., Mansour, S., Hassan, N. (2017). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education and Practice*, **7** (1).
212. Kolcaba, K., Dimarco, M.A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, **31**(3):187-194.
213. Wilson, L, Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, **19**(3): 164-73.
214. Aksoy, D.Y., Pasinlioğlu, T. (2017). The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *International Journal of Nursing Knowledge*, **28**(3): 138-44.
215. Goodman, P., Mackey, M.C., Tavakoli, A.S.J. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, **46**(2):212-9.
216. Duran, E.T., Atan, Ş.Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, **21**(3): 83-88.

EKLER

EK-1.Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.04.2021-25492



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-46418926-050.01.04--25492
Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu
(21/243)

Sayın Prof. Dr. Saadet YAZICI

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, 21/243 kayıt numaralı "**Doğum Sürecinde Aile Desteğininin Doğum Memnuniyetine ve Konfora Etkisi**" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 19.03.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Ek:Kurul Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BEND4FVEL* Pin Kodu :68222

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Ayşe OKUTAN
Unvanı: Mühendis



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 19.03.2021
Toplantı Sayısı : 2021/10
Karar Sayısı : 10/26

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Prof. Dr. Saadet YAZICI'nın sorumlu araştırmacı ve Ayşe İrem GÖKÇEK'in yardımcı araştırmacı olduğu, 21/243 kayıt numaralı "*Doğum Sürecinde Aile Desteğinin Doğum Memnuniyetine ve Konfora Etkisi*" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 19.03.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir

e-imzalıdır

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Yardımcısı

Doç.Dr. Papatya KELEŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç.Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Semra AÇIKSÖZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Enes AKYÜZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDİTİLİ KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Merve KOLCU
Etik Kurul Üyesi

Doç.Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer AKDOĞAN
Etik Kurul Üyesi

29.03.2021 Mühendis

Ayşe OKUTAN

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?V=BEL54FK54>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2.Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TESCİL BİRİMİ
03/08/2021 20:18 - E-15916306 - 604.01.01 - 6635



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Ayşe İrem GÖKÇEK'in Çalışması
Hk.

BAŞAKŞEHİR ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 16/07/2021 tarihli ve 96317027-604.01.01-01-15126 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde ebe olarak görev yapan Ayşe İrem Gökçek'in Prof.Dr.Saadet YAZICI danışmanlığında "Doğum Sürecinde Aile Desteğinin Doğum Memnuniyetine ve Konfora Etkisi" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 29.07.2021 tarih ve 2021/34 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 61b00ff5-1ebd-41ff-93dd-c7fdc7dbeae0 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için: Leyla ÇELİK
TIBBİ SEKRETER



EK-3. Anne Tanılama Formu

“Doğum Sürecinde Aile Desteğinin Doğum Memnuniyetine ve Konfora Etkisi”ni belirlemek amacıyla planlanan çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Elde edilecek veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik ABD

Saadet Yazıcı
Ayşe İrem Gökçek

1. Kaç yaşındasınız?
2. Kaç yaşında evlendiniz?
3. Kaç yıllık evlisiniz?
4. Menarş yaşıınız?
5. Medeni Durumunuz nedir?
 - 1) Bekar
 - 2) Evli
 - 3) Boşanmış
6. En uzun süre yaşadığınız yer neresi?
 - 1) Köy
 - 2) Kasaba
 - 3) Büyük şehir
7. Aile Tipiniz nedir?
 - 1) Çekirdek aile
 - 2) Geniş aile
 - 3) Parçalanmış aile
 - 4) Diğer
8. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okur yazar değil
 - 2) Okur yazar-İlkokul mezunu
 - 3) Ortaokul mezunu
 - 4) Lise mezunu
 - 5) Üniversite ve üzeri

9. Eşinizin eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur yazar değil
- 2) Okur yazar-İlkokul mezunu
- 3) Ortaokul mezunu
- 4) Lise mezunu
- 5) Üniversite ve üzeri

10. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet (günde kaç tane.....)
- 2) Hayır

11. Çalışıyor musunuz?

- 1)Evet
- 2) Hayır

12. Doğumdan sonra çalışmayı düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2)Hayır

13. Mesleğiniz nedir?

1. Memur
2. İşçi
3. Emekli
4. Serbest meslek
5. Ev Hanımı

14. Gelir düzeyiniz?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere denk
3. Gelir giderden fazla

15. Sağlık güvenceniz var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

16. Gebelik sayınız?

17. Yaşayan çocuk sayınız

18. Düşük /küretaj sayınız

19. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

20. Gebeliğiniz kaç haftalık?

21. Gebeliğiniz boyunca kaç kez kontrole gittiniz?

22. Gebeliğiniz boyunca egzersiz yaptınız mı?

- 1) Evet, haftada 2) Hayır

23. Gebeliğinizde eğitim sınıflarına katıldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

24. Gebelikle birlikte devam eden bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

25. Gebeliğiniz boyunca kaç kilo aldınız?

26. Doğum sürecinizde yanınızda kim kaldı?

1. Eşim
2. Arkadaşım
3. Annem
4. Diğer

27. Doğum sürecinde yanınızda refakatçi olmasını siz mi istediniz?

- 1) Evet 2) Hayır

28. Doğum eyleminde size refakat eden kişi gebelik eğitimine katıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

29. Doğum eyleminde yanınızda olan refakatçi size gerekli desteği sağladı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

30. (29. Soruya cevabınız evet ise) desteğe en fazla hangi dönemde ihtiyaç duydunuz?

- 1) Ağrı çektiğim dönemde
- 2) Doğum anında
- 3) Doğum sonu dönemde
- 4) Doğum sürecinin tamamında
- 5) Diğer.....

31. Doğum deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Olumlu
- 2) Olumsuz

32. Kendi beklentilerinize göre doğumunuz nasıl geçti?

- 1) Beklediğimden iyi
- 2) Beklediğim gibi

3) Beklediğimden kötü

33. Doğum esnasında kaygı durumunuz nasıldı?

1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

34. Doğum esnasında ağrınızı nasıl değerlendiriyorsunuz

1) Düşük 2) Orta 2) Yüksek



EK-4.Doğum Konforu Ölçeği

Doğumdaki konfor düzeyini tanılamak amacıyla geliştirmeyi amaçladığımız “Doğum Konfor Ölçeği” çalışmamıza katılımınız için teşekkür ederiz. Aşağıdaki her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuz en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

		Tamamen katılıyorum		Kesinlikle katılmıyorum		
		5	4	3	2	1
1.	Çevremdeki kişiler sayesinde kendimi güçlü hissediyorum	5	4	3	2	1
2.	Bedenimle uyum içinde çalışıyorum	5	4	3	2	1
3.	Daha fazla ağrıya katlanabilirim, çünkü ağrılar bebeğimin doğmasına yardım ediyor	5	4	3	2	1
4.	Kendime güveniyorum, bebeğimi doğurabilirim.	5	4	3	2	1
5.	Bu oda bana kendimi çaresiz hissettiriyor.	5	4	3	2	1
6.	Doğum sancıları güçlü olmam için beni motive ediyor.	5	4	3	2	1
7.	Kendimi pes edecekmiş gibi hissediyorum	5	4	3	2	1
8.	Kontrolümü kaybedeceğim endişesi yaşıyorum	5	4	3	2	1
9.	Burası oldukça güvenli bir yer	5	4	3	2	1

EK-5.Normal Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği

Yönerge: Bu ankette annelerin doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyetlerini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Lütfen, aşağıda verilen ifadelerle katılıp katılmadığınıza karar veriniz ve her sorunun yanındaki Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle katılıyorum seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Boş soru bırakmamaya özen gösteriniz. Kimliğiniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

1. Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşire/ebe'lerin sayısı yeterliydi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
2. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler/ebeler bana iyi davrandılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
3. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler/ebeler aileme iyi davrandılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
4. Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
5. Sancılarla baş etmeme yardımcı olmak için hemşireler/ebeler bana yeterince zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
6. Ebe/Hemşireler doğumdaki ihtiyaçlarımı karşılamak için bana yeterince zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
7. Doğumda herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
8. Doğum sancılarımı azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, masaj vb) yapılmasını istedim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
9. Doğumdaki stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini istedim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
10. Doğumda ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini istedim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
11. Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
12. Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında eşime / aileme bilgi verildi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
13. Doğumda doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

14. Doğumda hangi doktor ve ebe/hemşireler benimle ilgileceğini biliyordum.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
15. Doktorlar ve ebe/hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu bana açıkladılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
16. Doktorlar ve ebe/hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu aileme açıkladılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
17. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayım alındı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
18. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde eşimin/ailemin onayı alındı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
19. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken kucağıma alabilmeyi istedim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
20. Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini istedim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
21. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi istedim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
22. Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, soğuk uygulama vb) yapılabilirdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
23. Doğumdan sonraki dönemde ebe/hemşireler ihtiyaçlarımı yeterince karşıladı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
24. Ebe/Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
25. Ebe/Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
26. Ebe/Hemşireler bebeği emzirmeme / beslememe yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
27. Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/ebe/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
28. Doğum sancıları sırasında kaldığım oda ihtiyaçlarımın karşılanması için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
29. Doğum yaptığım oda doğum için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
30. Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

	☐	☐	☐	☐	☐
31. Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımın ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
32. Ben doğumdayken ailemin hastanede rahatça bekleyebileceği uygun bir yer vardı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
33. Hastanede ihtiyacımız olan her şeyi kolaylıkla bulabildik.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
34. Hastanede verilen yemek hizmeti iyiydi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
35. Doğum sancılarım sırasında gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
36. Doğumdan sonra gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
37. Sağlık personeli yaptıkları uygulamalarda mahremiyetime gerekli özeni gösterdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
38. Doğumda ve doğumdan sonra ailemle yaşadığım özel anlar sağlık personelinin ertelenebilir müdahaleleri ile engellendi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
39. Hastanede aldığım bakım bundan daha iyi olamazdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
40. Doğum tamamen beklediğim gibi geçti.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
41. Doğumun süresi beklediğimden daha uzun sürdü.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
42. Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
43. Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

EK-6.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcılar,

“Doğum Sürecinde Aile Desteğinin Doğum Memnuniyetine ve Konfora Etkisi”ni araştırmak amacıyla bu çalışmayı yapmaktayız. Hazırlanan anket formunda, sosyo-demografik ve sosyal desteğe ilişkin görüşlerinizi içeren sorular bulunmaktadır. Hazırladığımız formu eksiksiz ve doğru doldurmanız çalışmanın doğru sonuçlar verebilmesi için önemlidir. Anketi doldurmak yaklaşık 5-10 dakika sürecektir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler, sadece bu çalışma için kullanılacak olup özel hiçbir bilgi, başka bir kişi ya da kuruluş tarafından kullanılmayacaktır. Çalışmadan elde edilen bulgular sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir. Katılımcılar istedikleri zaman bir neden sunmaksızın çalışmadan çekilme hakkına sahiptirler. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcıların hiçbir etki altında kalmadan çalışmaya katıldıklarını bildirmek amacı ile aşağıda belirtilen yeri imzalamaları yeterli olacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve çalışmamıza verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Araştırmayı yapan:
Ebe Ayşe İrem GÖKÇEK
Prof. Dr. Saadet YAZICI

Hiçbir etki altında kalmadan yukarıda amacı açıklanan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-7.Ölçek Kullanımı İzinleri



Dilek Coşkun POTUR

15.02.2021 Pzt 11:18

Kime: Siz



DOĞUM KONFORU ÖLÇEĞİ s...

43 KB

Ayşe Hanım emrhaba

Doğum Konforu ölçeği ve ölçek hakkındaki bilgiler ekteki dosyada mevcuttur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

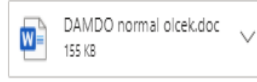
Assoc. Prof, PhD RN. Dilek Coşkun POTUR





ilkay gungor
15.02.2021 Pzt 10:54

Kime: Siz



Merhaba,

İstedığınız ölçek ve değerlendirme bilgilerini ekte gönderiyorum. Çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Doç.Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ

14 Şubat 2021 Pazar 21:38:50 GMT+3 tarihinde, Ayşe İrem Kahveci Gökçek

Merhabalar Hocam,

Ben Ayşe İrem Gökçek. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Bölümünde yüksek lisans yapıyorum. Şuanda tez aşamasındayım. Gebeler üzerinde doğum memnuniyetini değerlendiren bir çalışma yapmayı planlıyorum. Çalışmam da geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğini" kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi tezimde kullanabilir miyim?

Saygılarımla,

Ayşe İrem GÖKÇEK





İlkay gungor
11.08.2021 Çar 10:22

Kime: Siz

Merhaba,

Ölçek geliştirme sürecinde de aynı şekilde doğumhanede ve doğum servislerinde hem ebe hem de hemşireler görev yapmaktaydı. Biz de hemşire/ebe ifadelerini birlikte kullanmayı uygun görmüştük. İkisini birlikte kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

Doç.Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ



10 Ağustos 2021 Salı 22:37:29 GMT+3 tarihinde, Ayşe İrem Gökçek

İlkay hocam merhabalar,

Ben Ayşe İrem Gökçek, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Daha önce sizden 'Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği'ni tezimde kullanabilmek için görüşmüştüm. Ancak anketinizdeki soruların bir kısmında sadece hemşire yazarken bir kısmında da hemşire/ebe şeklinde ifadeler yer almaktadır. Sadece hemşire yazan soruların tezim için yüksek oranda uyumsuzluk yaratma ihtimali bulunmaktadır. Sadece hemşire ifadesi bulunduğu yerleri 'hemşire/ebe' şeklinde revize ederek tezimde kullanabilir miyim?

Saygılarımla

--

...



