

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

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE VERİLEN
PERİNATAL BAKIM UYGULAMALARININ VE
ANNELERİN DOĞUMDAN MEMNUNİYETLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Ayçin ÇİFÇİ

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2019

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

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE VERİLEN PERİNATAL
BAKIM UYGULAMALARININ VE ANNELERİN DOĞUMDAN
MEMNUNİYETLERİNİN BELİRLENMESİ**

Ayçin ÇİFÇİ

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL**

ANKARA

2019

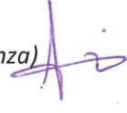
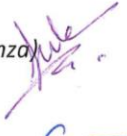
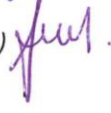
ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE VERİLEN PERİNATAL BAKIM UYGULAMALARININ
VE ANNELERİN DOĞUMDAN MEMNUNİYETLERİNİN BELİRLENMESİ

Öğrenci: AYÇİN ÇİFÇİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi ÇİĞDEM YÜCEL

Bu tez çalışması 18/09/2019 tarihinde jürimiz tarafından "Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR (Ankara Üniversitesi)	(imza) 
Tez Danışmanı:	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Şule ERGÖL (Kırıkkale Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi İlknur M. GÖNENÇ (Ankara Üniversitesi)	(imza) 

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

26 Eylül 2019



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

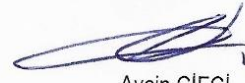
Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

18 / 09 / 2019


Ayçin ÇİFÇİ

ⁱ"**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Ayçin ÇİFÇİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezim süresince değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle elinden gelenden fazlasını sunan, her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen, bana yol gösteren, sevgili danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL’e,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgileri ile katkı sağlayan hocalarım Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ’a,

Eğitimim süresince her konuda desteğini esirgemeyen başta sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Sevda YILDIRIM, Arş. Gör. Merve MERT KARADAŞ, Arş. Gör. Cansu AKDAĞ TOPAL ve Arş. Gör. Özlem ARIBURNU olmak üzere Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tezim süresince yardımları dolayısı ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümü uzman ve araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim süresince her türlü desteklerini esirgemeyen ve beni yalnız bırakmayan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Bölüm 82 hemşire arkadaşlarım Makbule, Nurifer, Şahsine, Songül, Dilek, Leyla, Lutfuya, Didem, Fatma, Kübra ve Özlem’e,

Benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, eğitimim süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan bu hayattaki en büyük şansım olan anneme, babama, kardeşime ve ailemin tüm üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Çifçi, A. Bir Üniversite Hastanesinde Verilen Perinatal Bakım Uygulamalarının ve Annelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. Bu araştırma, bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemine, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi doğumhanesine doğum yapmak üzere başvuran 62 vajinal ve 62 sezaryen ile doğum yapmış kadın alınmıştır. Veriler; “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Optimalite İndeksi-Türkiye (OI-TR) Vaka Rapor Formu”, “Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) (Normal Doğum)” ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Sezaryen Doğum)” kullanılarak toplanmıştır. Tanıtıcı Bilgiler Formu; hasta dosyası ve hastane bilgi sisteminde yer alan veriler, anne ile yüz yüze yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ve doğumhanede çalışan sağlık personeli ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Anneler taburcu edilmeden önce doğum şekline göre DAMDÖ’yü doldurmuştur. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklem t-testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; tüm kadınların perinatal özgeçmiş indeksi (PÖİ) skorunun %87,61 ve optimalite indeksi (OI) skorunun %79,11; vajinal doğum yapan kadınların PÖİ skorunun %90,16 ve OI skorunun %76,11; sezaryen ile doğum yapan kadınların ise PÖİ skorunun %85,07 ve OI skorunun %82,12 olduğu belirlenmiştir. Doğum şekline göre DAMDÖ puanları incelendiğinde, hem vajinal hem de sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Vajinal ve sezaryen ile doğum yapan kadınların total OI skorları ile DAMDÖ toplam puanları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırma sonuçları doğrultusunda; kanıt temelli perinatal uygulamaların kullanılması ve kullanımının yaygınlaştırması için kurum kültürünün oluşturulması, rehberlerin geliştirilmesi ve yenilikçi eğitim yöntemlerinin kullanılarak sağlık personelinin kanıta dayalı bilgi ve becerilerine arttırmaya yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: perinatal bakım; optimalite; doğumda anne memnuniyeti

ABSTRACT

Çifçi, A. Determination of Perinatal Care Practices and Maternal Satisfaction in Labor in a University Hospital. Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences Obstetrics and Gynecology Nursing Program, Master of Sciences, Ankara, 2019. This study was conducted as a descriptive and relationship-seeker study to determine perinatal care practices and maternal satisfaction in labor in a university hospital. The study was conducted at the maternity ward of Hacettepe University Adult Hospital. With 62 women who gave birth vaginally and 62 women who gave birth by cesarean section. Data were collected by using “Demographic Information Questionnaire”, “Optimality Index-Turkey (OI-TR)” and “The Scales for Measuring Maternal Satisfaction (SMMS) in Vaginal and Cesarean Birth”. Demographic Information Questionnaire was filled out by using patient file and Hospital Information System and interviewing face-to-face with mothers and healthcare personnels who work in the delivery room by the researcher. Just before the mothers were discharged, SMMS was applied according to the type of delivery. Data were analysed with number, percentage, minimum and maximum values, mean, standard deviation, independent sample t-test and Pearson correlation analysis. According to the results of the research, the Perinatal Background Index (PBI) score of all women was 87,61% and the optimality index (OI) score was 79,11%. The PBI score of women who gave birth vaginally was %90,16 and the OI score was 76.11%. The PBI score of women who gave birth by caesarean section was 85.07% and the OI score was 82.12%. When SMMS scores were analyzed according to the type of birth, it was determined that the mothers who gave birth by vaginally and caesarean section had high levels of satisfaction from birth. There was no correlation between the total OI score and total SMMS scores in women who gave birth vaginally and women who gave birth by caesarean section ($p>0.05$). According to the results of the research; it is recommended to establish institutional culture for the use and dissemination of evidence-based perinatal practices, to develop guidelines and to provide training to increase evidence-based knowledge and skills of health personnel by using innovative training methods.

Key Words: perinatal care; optimality; maternal satisfaction at birth

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Perinatal Bakım Uygulamaları	5
2.1.1. Perinatal Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar	5
2.1.2. Perinatal Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi	7
2.1.3. Perinatal Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesinde Optimalite İndeksi-TR'nin Kullanımı	9
2.1.4. Perinatal Hizmetlerde Kanıta Dayalı Hemşirelik Hizmetleri	11
2.2. Doğumda Anne Memnuniyeti	12
2.2.1. Hasta Memnuniyeti	12
2.2.2. Doğumda Anne Memnuniyeti	13
2.3. Perinatal Bakımda Kanıta Dayalı Uygulamaların ve Doğumda Anne Memnuniyetinin Arttırılmasına Yönelik Hemşirelik Girişimleri	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	19

3.3.1. Araştırmanın Evreni	19
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	19
3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri	20
3.4. Verilerin Toplanması	20
3.4.1. Veri Toplama Araçları	20
3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması	23
3.4.3. Araştırmanın Uygulanması	24
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	
7. KAYNAKLAR	
8. EKLER	
EK-1: Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-2: Optimalite İndeksi Vaka Rapor Formu	
EK-3: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum)	
EK-4: Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (Sezaryen Doğum)	
EK-5: Optimalite İndeksi-Türkiye (Oİ-TR)	
EK-6: Optimalite İndeksi-Türkiye (Oİ-TR) Kodlama ve Skorlama Kılavuzu	
EK-7: Etik Kurul İzni	
EK-8: Kurum İzni	
EK-9: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı	
EK-10: Orijinallik Raporu	
EK-11: Dijital Makbuz	
EK-Tablo 1. Oİ-TR Maddelerine İlişkin Yapılan Kodlamalar	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DAMDÖ	: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
JCI	: Joint Commission International
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
Min	: Minimum
Max	: Maximum
Oİ	: Optimalite İndeksi
Oİ-FI	: Optimalite Index-Finn
Oİ-NL	: Optimalite Index-Netherlands
Oİ-TR	: Optimalite İndeksi-Türkiye
Oİ-UK	: Optimalite Index-United Kingdom
Oİ-US	: Optimalite Index-United State
PÖİ	: Perinatal Özgeçmiş İndeksi
PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
SEFM	: Sürekli Elektronik Fetal Monitorizasyon
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Total Oİ	: Total Optimalite İndeksi

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Pearson korelasyon katsayısı için nitelendirme	26
4.1. Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	27
4.2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı	28
4.3. Kadınların Oİ-TR indeks skorlarının dağılımı	29
4.4. Kadınların doğum şekline göre Oİ-TR skorlarının dağılımı	29
4.5. Kadınların doğum şekline göre Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği puanlarının dağılımı	30
4.6. Sezaryen ile doğum yapan kadınların Total Oİ skoru ile Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki	30
4.7. Vajinal doğum yapan kadınların Total Oİ skoru ile Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki	31

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, var olan kaynakları etkili bir şekilde kullanarak, toplumun ve bireyin fiziksel, çevresel ve psikososyal sağlığını en üst düzeyde tutmalıdır. Bu hedefe ulaşabilmek için optimal bir yaklaşım temel alınmalı ve kanıta dayalı çalışma sonuçları kullanılmalıdır (1). Optimal yaklaşım; evrensel olarak kurallar tarafından yönetilen bir çerçeve içinde mümkün olan en iyi sonuçların sağlam, verimli ve maliyet-etkin bir şekilde elde edilmesidir. Perinatal sağlık hizmetlerinde optimal yaklaşım ise; obstetrik müdahale olmaksızın gebelik ve doğumun fizyolojik süreçlerini destekleyen, kadının sosyal, tıbbi ve obstetrik geçmişi bağlamında en az müdahale ile en iyi perinatal sonuçların elde edilmesini destekleyen bir yaklaşımdır (2,3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), perinatal dönemde kadının fizyolojik sürecine müdahale etmek için geçerli bir sebebin olması gerektiğini belirtmektedir (4). Bu açıdan, her kadın ve fetus/yenidoğan; gebelik, doğum ve doğum sonu optimal bakım alma hakkına sahiptir (5). Perinatal dönemde optimal bakımı vermenin temel yollarından biri, kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasıdır (6). Perinatal alanda kanıta dayalı uygulamaların (KDU) kullanılması; perinatal dönem boyunca anne ve fetus/yenidoğana yönelik zararın ve gereksiz girişimlerin azaltılmasını, bakımın standardize edilmesini ve maternal bakımın kalitesinin artırılmasını sağlamaktadır (6-10). Günümüzde, özellikle intrapartum dönem başta olmak üzere perinatal dönem boyunca kanıta dayalı olmayan birçok tıbbi müdahale uygulanmaktadır. Ülkemizde, intrapartum dönemde kanıt temeli olmayan bazı girişimlerin (sürekli elektronik fetal monitorizasyon (SEFM) ile izlem, lavman ve perine tıraşı yapılması, doğumun indüksiyonu, oral alımın kısıtlanması; litotomi pozisyonunun kullanımı, sık vajinal tuşe yapılması, doğum boyunca refakatçiye izin verilmemesi, mobilizasyonun kısıtlanması ve epizyotomi vb.) yaygın bir şekilde uygulandığı belirtilmektedir (11-17). Ancak kanıt temeli olmayan uygulamalar ve teknoloji kullanımında görülen artışın, maliyeti arttırmasının yanısıra perinatal sonuçlarda özellikle de yenidoğan mortalitesinde bir değişiklik yaratmadığı belirlenmiştir (18,19).

Perinatal bakımın değerlendirilmesinde kullanılan yaygın yaklaşım, geleneksel olarak fetal, neonatal veya maternal mortalite ve morbidite ile ilgili sonuçlara

odaklanmaktadır (örn; preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, kanama vb.). Ancak, bu olumsuz sonuçlar, doğum yapan kadınların çoğunda, özellikle de sağlıklı kadınlarda nadir görülmektedir. Ayrıca yapılan değerlendirmeler sadece doğum deneyimine odaklanmakta, perinatal dönemin tamamını kapsamamaktadır. Bu durum, perinatal bakımın değerlendirilmesini olumsuz etkilemektedir (20). Bu nedenle, perinatal bakımın değerlendirmesinin çok boyutlu yapılması gerekmektedir (21).

Doğum eyleminde rutin uygulamaların ve teknolojinin yaygın kullanımı, perinatal dönemde verilen bakımın doğasını değiştirmiş ve bu değişimler, kadının doğum deneyimini ve memnuniyetini etkilemeye başlamıştır (21-23). Bu nedenle, perinatal bakımın değerlendirilmesinde annenin memnuniyeti de yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (24-27). Özellikle annenin en özel deneyimlerinden biri olan doğum deneyiminin olumsuz olması; annede postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), sonraki doğumu sezaryen ile yapma isteği, cinsel disfonksiyon, istenmeyen gebeliklerin kürtajla sonlanması, emzirme ile ilgili sorunlar, anne-bebek bağlanmasında yetersizlik ve yenidoğanın ihmali ile sonuçlanabilmektedir (21,23,28-31). Bu nedenle, perinatal hizmetlerin değerlendirilmesinde annenin doğumdan memnuniyeti ile ilgili sonuçlarında göz önünde bulundurulması gerekir.

Perinatal dönem süresince kadınlara bakım veren hemşireler; kanıta dayalı perinatal uygulamaları gerçekleştirerek, anne, yenidoğan ve aile bireylerinin bu dönemi rahat ve sağlıklı bir şekilde geçirmesinde, anne ve bebek sağlığının yükseltilmesinde ve anne memnuniyetinin artırılmasında anahtar role sahiptir (31). Bu açıdan, perinatal dönemde optimal bakımın sağlanmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Ülkemizde, perinatal alanda çalışan sağlık personelinin optimal bakımı sağlanmasını teşvik eden “Ulusal Anne Dostu Hastane Programı” kapsamında, doğum ünitelerinde verilen hizmetlerin kalitesini arttırmak amacıyla yataklı tedavi kurumları için geliştirilen ulusal kalite standartları ile uyumlu kriterler belirlenmiştir. Bu program; kanıta dayalı, güvenli ve kaliteli perinatal hizmetin nitelikli sağlık personeli tarafından sunulması, perinatal sonuçların iyileştirilmesini, maliyetin azaltılmasını ve sağlıklı yaşamın teşvik edilmesini amaçlamaktadır (32). Bu programda yer alan kriterler değerlendirildiğinde, annenin doğumdan memnuniyetini arttırmaya yönelik yaklaşımların benimsendiği gözlenmektedir. Ülkemizde, anne

dostu hastane ünvanı alan hastane sayısı giderek artmakla birlikte sayının halen yeterli olmadığı düşünülmektedir (32). Bunun yanısıra, ülkemizde, perinatal uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılabilecek perinatal dönemin tamamını kapsayan, standart ölçüm araçlarının olmaması, verilen hizmetlerin değerlendirilmesini de sınırlandırmaktadır (6,17). Yücel tarafından Türkçe'ye uyarlanan Optimalite İndeksi-TR (OI-TR), Türkiye'de kanıtlar doğrultusunda perinatal bakımı ve bakım sürecinin optimalitesi doğrultusunda klinik sonuçları değerlendirmeyi amaçlayan klinimetrik bir ölçüm aracıdır. İndekste yer alan her bir madde, kanıta dayalı güncel obstetrik literatürden (gebelik ve doğumda bakımın etkinliğini değerlendiren) elde edilmiştir. Bu indeks, istenmeyen (nadir) olaylar yerine, istene (optimal, iyi) sonuçların sıklığının ölçülmesine odaklanmaktadır (33). Ülkemizde OI-TR kullanılarak perinatal bakım hizmetlerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmaktadır (6). Bu nedenle, OI-TR'nin kullanıldığı daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Literatürde, doğum şekline göre annenin doğumdan memnuniyetini ve etkileyen faktörleri belirleyen çalışmalar bulunmakla birlikte (15,34,35-40) bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma, bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, perinatal hizmet veren kurumlarda sağlık personelinin KDU kullanımlarını arttırmaya yönelik öneriler geliştirilerek anne ve fetus/yenidoğanın sağlığının yükseltilmesine katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

Bu çalışmada, perinatal bakım uygulamalarının değerlendirilmesinde Oİ-TR kullanılmıştır. Ancak doğum şekline göre Oİ-TR skorlarının karşılaştırılması önerilmediğinden, aşağıda yer alan araştırma soruları oluşturularak skorlar doğum şekline göre ayrı olacak şekilde değerlendirilmiştir.

- Vajinal doğum yapan kadınların Oİ-TR skorları nedir?
- Sezaryen ile doğum yapan kadınların Oİ-TR skorları nedir?
- Vajinal doğum yapan annelerin doğumdan memnuniyet düzeyi nedir?
- Sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan memnuniyet düzeyi nedir?
- Sezaryen ile doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile doğumdan memnuniyet düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- Vajinal doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile doğumdan memnuniyet düzeyi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Perinatal Bakım Uygulamaları

2.1.1. Perinatal Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Perinatal dönem, gebeliğin 20. haftasından doğum sonu birinci haftaya kadar olan süreyi kapsamaktadır (41). Bu dönemde verilen bakım hizmetlerinin hedef kitlesi, sağlıklı/ riskli gebe, fetüs, yenidoğan, lohusa ve aile üyeleridir.

1998 yılında DSÖ, optimal perinatal bakım için gerekli olan ilkeleri önermiştir. Bu ilkeler (42);

- Medikalize olmayan perinatal bakımın verilmesi
- Bakım verirken uygun teknolojik müdahalelerin kullanılması
- Bakımın kanıta dayalı olarak verilmesi
- Etkin sevk zincirini içeren bir sağlık sistemine dayandırılması
- Bakımın multidisipliner bir ekiple verilmesi
- Bütüncül bakım verilmesi
- Aile merkezli bakım verilmesi
- Bakımda kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulması
- Bakım verirken kadının kararlara katılımının sağlanması
- Bakım verirken kadının mahremiyetine ve saygınlığına dikkat edilmesidir.

Perinatal dönem, önlenebilir maternal/fetal/neonatal zarar görme riskinin en aza indirilmesi ve bakımın kalitesinin artırılması gereken bir dönemdir (8). Bu dönemde verilen perinatal bakımın amacı; anne ve yenidoğanın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, var olan ya da gebelikte oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal/fetal/neonatal mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesidir (43,44). Bu amaca ulaşmak için gebelik öncesi ve sırasında gereksinim duyulan bakım içeriği aşağıda yer almaktadır (43):

- Ebeveynliğe hazırlık

- Gebeliğin planlanması
- Gebelik ve doğuma fizyolojik, anatomik ve psiko-sosyal yönden uyum sağlanması
- Gebeliğin sürdürülmesi ve izlenmesi
- Prenatal tanı yöntemlerinin sağlanması
- Gebeliğe bağlı oluşan sağlık sorunlarının erken tanısının ve tedavisinin yapılması
- Doğum eyleminde destek sağlanması ve eylemde oluşabilecek risklerin belirlenmesi
- Yenidoğana bakım verilmesi
- Yenidoğana ilişkin sağlık sorunlarının belirlenmesi
- Doğum sonu dönemde kadına bakım verilmesi ve oluşabilecek sorunların belirlenmesi
- Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yenidoğana uyum sağlaması.

Perinatal dönemde, sağlıkla hastalık arasındaki çizginin daralması, belirtilen bakım gereksinimlerinin dikkatle ele alınmasını gerektirmektedir (45). Tüm anne ve yenidoğanların; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde güvenli ve nitelikli bakım alma hakkı vardır. Perinatoloji alanında çalışan ekibin görevi, bu süreci kontrol etmekten ziyade, kolaylaştırmak ve etkili bir bakım ile kadının gereksinimlerini ve beklentilerini karşılamaktır (8,45).

Bakım uygulamalarını bilimsel kanıtlarla ilişkilendirmek, yeni bir kavram değildir. KDU, sağlık alanında rutin olarak kullanılan bilgilerin sorgulanarak, hizmet alan bireylere bilimsel olarak kanıtlanmış, en güncel ve açık bilgiyi vermeyi amaçlar (46,47).

Kanıtlar sürekli olarak gelişmekte ve değişmektedir. Kanıta dayalı olmayan uygulamalardan hastalar zarar görebilir. Bu nedenle, KDU kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir. KDU'ların kullanılması sonucu (48);

- En iyi bakım kalitesine ve hasta sonuçlarına ulaşılır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda coğrafi çeşitlilik azalır.

- Sağlık personelinin mesleki tatmini artar ve kendisini daha güçlü hisseder.

Perinatal dönem boyunca kanıta dayalı olmayan birçok tıbbi müdahale uygulanmaktadır. Ülkemizde, intrapartum dönemde kanıt temeli olmayan bazı girişimlerin (sürekli elektronik fetal monitorizasyon (SEFM) ile izlem, lavman ve perine tıraşı yapılması, doğumun indüksiyonu, oral alımın kısıtlanması, litotomi pozisyonunun kullanımı, sık vajinal tuşe yapılması, doğum boyunca refakatçiye izin verilmemesi, mobilizasyonun kısıtlanması ve epizyotomi vb.) yaygın bir şekilde uygulandığı belirtilmektedir (11-17). Literatürde yer alan birçok çalışma; en az dört kez gebe izlemine, gestasyonel diyabetes mellitusun önlenmesine yönelik diyet ve egzersizi, demir, vitamin ve folik asit desteği alınmasını, doğumda sırtüstü olmayan pozisyonların kullanımını, doğumda mobilizasyonu, anne ve yenidoğan arasında ten tene temasının uygulanması gibi uygulamaları desteklerken; rutin doppler ultrason, lavman, perine tıraşı ve temizliği, SEFM, amniyotomi ve eylem sırasında sıvı ve yiyeceklerin kısıtlanması gibi uygulamaların rutin kullanımını desteklememektedir (47,49-56). Ancak bu uygulamaların yaygın olarak kullanılmasına rağmen, perinatal bakım uygulamalarını değerlendiren ölçüm araçları genel olarak mortalite ve morbidite gibi daha nadir görülebilecek göstergeleri içermektedir. Ayrıca bu ölçüm araçları, genellikle doğum sürecine odaklanmaktadır. Bu nedenle perinatal dönemin tümünü kapsayan, kapsamlı bir değerlendirme yapılamamaktadır (6).

2.1.2. Perinatal Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Perinatal bakımı değerlendiren ölçüm araçları; genellikle fetal/neonatal veya maternal mortalite/morbidite (örneğin; erken doğum, düşük doğum ağırlığı vb.) gibi göstergeler üzerine odaklanırken, anne ve yenidoğanın optimal iyiliği üzerine odaklanmamaktadır. Bu nedenle optimal iyiliğin sağlanmasına yönelik verilen bakım uygulamalarının ölçümü, uygun ölçüm araçlarının eksikliği nedeni ile güçleşmektedir (6).

Optimalite yaklaşımı, perinatal bakım sonuçlarının değerlendirilmesi için farklı bir alternatif sunmaktadır. Bu yaklaşım, istenmeyen (nadir) olarak görülen

olaylar yerine, istenen (optimal, iyi) sonuçların sıklığının ölçülmesine odaklanmaktadır (33). Prechtl (57), morbidite ile perinatal komplikasyonları ilişkilendirmeye çalıştığında, komplikasyonlar ile normal ve anormal kavramları arasındaki farkın yetersiz tanımlandığını belirlemiştir. Çalışmasında, normallik kavramına odaklanmak yerine, en iyi olanı (optimal) belirlemeye karar vermiş ve optimalite ilkesini, “hayata mükemmel başlangıç yapmış bebekleri” belirlemede kullanmıştır. Bu ilke, annenin sağlıklı olmasına odaklandığından, gebelikte ya da doğum sırasında uygulanan müdahalenin, fizyolojik bir sorunu işaret ettiğini ve optimal olmadığını göstermektedir (2). Wieggers ve ark. (58)’nin, ebelik bakım süreçlerini inceledikleri çalışmasında, doğumda optimaliteyi “sosyal, tıbbi veya obstetrik sorunları olmayan sağlıklı bir kadının, herhangi bir müdahale ya da komplikasyon olmaksızın sağlıklı bir çocuğu uygun zamanda dünyaya getirmesi” şeklinde tanımlamışlardır. Aynı zamanda, doğumda uygulanan müdahaleler ile olumlu sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir ölçme aracı geliştirmişlerdir. Bu ölçüm aracının; Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Türkiye, Hollanda ve Finlandiya’da kullanılmak üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (59). Sheridan ve ark. (60)’ları tarafından uyarlanan Optimality Index-United Kingdom (OI-UK), Birleşik Krallık’ta kanıtlar doğrultusunda maternal bakımı değerlendirmek, bakım sürecinin optimalitesini ve risk faktörleri ile ilişkili klinik sonuçları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Yücel (6) tarafından Türkçe’ye uyarlanan Optimalite İndeksi-Türkiye (OI-TR), Türkiye’de kanıtlar doğrultusunda maternal bakımı ve bakım sürecinin optimalitesi doğrultusunda klinik sonuçları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Optimality Index-Netherlands (OI-NL), Hollanda’daki perinatal veri tabanına kaydedilen verilere uyacak şekilde Hollanda sağlık sistemi içerisinde kullanılmak üzere uyarlanmıştır (61). Son olarak Finlandiya, doğumda verilen bakımı sürecini ve sonuçlarını ölçmek için Optimality Index-United States (OI-US)’e atıfta bulunarak Optimality Index-Finn (OI-FI)’i uyarlanmıştır. OI-FI’nin, Finlandiya perinatal bakımı sürecinin ve sonucunun ölçülmesinde uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla Finli kadınlar ile Rus, Kürt ve Somali kökenli göçmen kadınlar arasındaki gebelik ve doğum eylemi sonuçlarını karşılaştıran bir çalışma yapılmıştır (62).

2.1.3. Perinatal Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesinde Optimalite İndeksi-TR'nin Kullanımı

Oİ-TR, Yücel (6) tarafından Türkiye’de kanıtlar doğrultusunda maternal bakımı ve bakım sürecinin optimalitesi doğrultusunda klinik sonuçları değerlendirmek amacıyla OI-US’dan Türkçe’ye uyarlanmıştır. 60 maddeden oluşan Oİ-TR’nin her bir maddesi optimal olma durumuna göre optimal veya optimal olmayan şeklinde değerlendirilen klinimetrik bir ölçüm aracıdır. İndeks, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olarak iki bölümden oluşmaktadır. 18 maddeden oluşan PÖİ, daha önceden var olan perinatal riskleri belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu bölümde, kadınların obstetrik risk faktörleri değerlendirilmekte ve bu faktörlerinin varolma durumuna göre bir kodlama yapılmaktadır. Oİ kısmı ise dört perinatal alan (doğum öncesi, doğum, yenidoğan ve doğum sonrası) ile ilgili toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için optimalite kriterleri, kanıta dayalı güncel literatürden elde edilmiştir. PÖİ ve OI, “PÖİ skoru” ve “OI skoru” olarak ayrı skorlanmaktadır. Karşılanmayan optimal kriter için, toplam skordan bir puan çıkarılmaktadır (63).

Bu indeksin skorlanmasında, müdahalenin gerekli veya zorunlu olup olmadığı dikkate alınmamaktadır. Kavramsal olarak, yapılan her müdahalenin optimal olmadığı düşünülmektedir. Çünkü müdahaleler, gebenin normal/düşük risk durumundan anormal/yüksek risk durumuna geçmesi durumunda gereklilik göstermektedir. Oİ-TR’den elde edilen yüksek skorlar; zarar verici girişimlerden (ilaç kullanımı, cerrahi müdahale, enstrümantal doğum vb.) kaçınıldığını ve doğum eylemi sırasında destekleyici müdahalelerin (ambulasyon, beslenme, emzirme vb.) kullanıldığını göstermektedir (63).

Literatürde, Optimalite İndeksi’nin farklı versiyonlarının kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Gonzales ve ark. (64)’nın Washington’da bulunan farklı toplum sağlığı merkezlerinde perinatal bakım alan Latin göçmen kadınların bölgelere göre aldığı perinatal bakımın optimalitesinin değerlendirildiği çalışmada, optimalite skorlarının %77,30-97,70 arasında değiştiği ve skor ortalamasının ise %89,50 olduğu saptanmıştır. Sten (62) tarafından Finlandiya’da OI-FI kullanılarak doğumda verilen bakım sürecini ve sonucunu değerlendirmek amacıyla Finli kadınlar ile Rus, Kürt ve

Somali kökenli göçmen kadınların sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmada, primipar Finli kadınların PÖİ indeks skorunun %83,33, Rus kadınların %83,33, Kürt kadınların %83,33 ve Somalili kadınların ise %66,67 olduğu; Finli kadınların Oİ skorunun %85,19, Rus kadınların %86,96, Kürt kadınların %85,19, Somalili kadınların ise %81,48 olduğu saptanmıştır. Multipar Finli kadınların PÖİ indeks skorunun %90,91, Rus kadınların %83,33, Kürt kadınların %80,91 ve Somalili kadınların ise %75,00 olduğu; Finli kadınların Oİ skorunun %91,30, Rus kadınların %92,59, Kürt kadınların %88,89 ve Somalili kadınların ise %88,89 olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma, etnik kökenin OI-FI üzerindeki etkisini göstermektedir. Yücel ve ark. (6)'nın bir kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada, sağlıklı gebelerin PÖİ skorunun %88,05 ve Oİ skorunun %77,65; riskli gebelerde PÖİ skorunun %85,49 ve Oİ skorunun %78,60 olduğu belirlenmiştir. Thompson ve ark. (61)'nin OI-NL kullanarak ebe ve doktorlar tarafından verilen bakımın optimalitesini incelediği çalışmada, tüm kadınların PBİ skorunun %91,88, Oİ skorunun %86,81; primipar kadınların PBİ skorunun %92,64, Oİ skorunun %82,98; multipar kadınların PBİ skorunun %91,44, Oİ skorunun %89,00 olduğu saptanmıştır. Oİ skorları, doğumda bakım veren sağlık personeline göre karşılaştırıldığında; ebeler tarafından bakım alan kadınların PBİ skorunun %92,66 ve Oİ skorunun %90,61; doktorlar tarafından bakım alan kadınların PBİ skorunun %90,02 ve Oİ skorunun %78,54 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre, ebeler tarafından verilen bakımın daha optimal olduğu belirlenmiştir. Sheridan ve ark. (60) tarafından İngiltere'de ebelerden standart bakım alan kadınlar ile gebelik, doğum ve doğum sonu dönem boyunca bir ebeden bakım alan (caseload) kadınların skorlarının karşılaştırıldığı çalışmada; kadınların risk durumuna bakılmaksızın, standart bakım alan kadınların PÖİ skorunun %81,79 ve Oİ skorunun %90,35; caseload bakım alan kadınların PÖİ skorunun %80,59 ve Oİ skorunun %89,94 olduğu belirlenmiştir. Romano (65)'nin Guatemala'da ebelik hizmetlerinin perinatal sonuçlarının optimalite indeksi ile retrospektif olarak değerlendirildiği kohort çalışmasında, Guatemala'da bulunan bağımsız bir doğum merkezi ile Şikago'da verilen evde bakım hizmetinde verilen bakımın optimalitesi değerlendirilmiştir. Guatemala'da yaşayan nullipar kadınların PÖİ skorunun %98,70, multipar kadınların PÖİ skorunun %94,90 olduğu saptanmıştır. Şikago'da bakım alan nullipar kadınların PÖİ skorunun %96,60,

multipar kadınların PÖİ skorunun ise %94,90 olduğu belirlenmiştir. Hermus ve ark. (66)'nın OI-NL kullanılarak hastanede veya evde ebe tarafından verilen bakımın karşılaştırıldığı çalışmasında, evde doğum planlanmış kadınların doğum merkezinde planlanmış kadınlara göre daha yüksek optimalite skoruna sahip olduğu belirlenmiştir.

2.1.4. Perinatal Hizmetlerde Kanıta Dayalı Hemşirelik Hizmetleri

Bilgi ile karar verme süreci arasındaki ilişki, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde önemli bir ögedir. Hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini ve profesyonelleşmesini KDU sağlamaktadır (67,68). Hemşirelik Kanunu'nda "Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları" başlığında yer alan 6. maddede; "Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler." ve "verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir." şeklinde KDU'nun hemşirelik bakım uygulamalarındaki önemi belirtilmektedir (69).

Hemşirelik bakımının, güvenli ve etkili verilebilmesi için, bakımın elde edilebilen en iyi kanıtlar üzerine temellendirmesi gerekmektedir (70, 71). Hemşirelerin KDU'ları kullanması; sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesini iyileştirmede, uygulamalarda ve bakımın sonuçlarında fark yaratmada, bakımın standart olmasında ve çalışan memnuniyetinin artırılmasında önemlidir (46,67,72).

Perinatoloji uygulamalarının her an değişen yapısı, bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine alanda ortaya çıkan yeni bilgi ve teknolojileri takip etme zorunluluğu getirir (45). Bu nedenle, perinatal dönemde verilen bakımın kanıta dayalı olması, bakımın kalitesini arttırarak bu dönemin daha sağlıklı geçirilmesini sağlar ve sağlık göstergelerini olumlu yönde değiştirir (73). Perinatal alanda çalışan hemşireler; risk faktörlerinin belirlenmesinde, koruyucu bir yaklaşım sağlanmasında ve problem karşısında en uygun müdahalelerinin planlanmasında rol alarak; anne ve fetus/yenidoğanın sağlığını koruyup geliştirebilir, yüksek riskli gebeliklerde kadın ve fetusün optimal bakımı almasında önemli rol oynayabilir (46).

Hemşirelik hizmetleri, sağlık kurumunda verilen tüm hizmetlerin kalitesinin önemli bir göstergesidir. Hemşirelik bakımı, sağlık/hasta bireyler ile hemşirelerin birebir ilişki içerisinde yer aldığı ve sürekli devam eden bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinin niteliğini gösteren hasta memnuniyetinin düzenli bir şekilde değerlendirilmesi; hasta memnuniyetsizliğine neden olan durumların saptanabilmesi, uygun çözümlerin üretilmesi, hemşirelerin bakıma ilişkin uygulamalarında gerekli düzenlemeleri yapabilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir (75-76). Yılmaz ve Başer (31), vajinal doğum yapan annelerde intrapartum ve postpartum dönemde birey merkezli yaklaşımın ve annelerin kendi ve bebeğiyle ilgili bakım gereksinimlerinin hemşireler tarafından karşılanmasının anne memnuniyetini arttırdığını ve doğum deneyiminin olumlu algılanmasını sağladığını saptamıştır. Hemşirelik desteğinin sürekli olmasının, invaziv girişimleri (doğumun süresini, analjezi ihtiyacını, vakum, forseps ve sezaryen ile doğum vb.) azalttığı ve anne memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir (77,78). Profesyonel hemşirelik bakımının sağlanması, kadınların kontrol duygusunu sağlamalarını ve ağrı ile baş etmelerini geliştirerek doğum deneyimini olumlu hale getirebilir (79).

2.2. Doğumda Anne Memnuniyeti

2.2.1. Hasta Memnuniyeti

Bakım uygulamalarının geliştirilmesinde, bakım hizmeti alan ve hizmeti veren tarafların görüş ve önerilerinin alınarak bu sürece dâhil edilmeleri gerekmektedir. Hizmeti alan ve sunan tarafın önem verdiği noktaların benzer olması, sağlık kurumunda sunulan hizmetlerden duyulan memnuniyeti de artıracak bir durumdur (80,81).

Sağlık hizmetlerinde bakımı alan grup olan hastaların, yaşam kalitesi ve memnuniyetinin arttırılması temel amaçlardan biri olmalıdır (82). Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında kalitenin geliştirilmesi ve hizmet alanların algısının belirlenebilmesinde temel araçlardan birisidir. Bir dış denetim aracı olarak hasta memnuniyeti, kurumların kendilerini değerlendirme fırsatı sağlar (83,84). Bu nedenden dolayı hasta memnuniyeti hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir unsurdur (81). Sağlık hizmet sunumunun temel hedeflerinden biri olan hasta

memnuniyeti, hastaların beklentilerinin ve gereksinimlerinin ne ölçüde karşılanabildiğinin sorgulanması sonucu ortaya çıkan görüşleri ifade etmektedir (84).

Hasta memnuniyetini birçok faktör etkileyebilmektedir. Bu faktörler başlıca şu şekilde sıralanabilir (83);

- Hasta-personel etkileşimi
- Doktorların davranışı
- Hasta-hemşire etkileşimi
- Bilgilendirilme
- Yemek hizmeti
- Kurumun çevresel ve fiziki koşulları
- Bürokrasi
- Güven

Sağlık personelinin davranışları (örn; nezaket, şefkat, ilgi vb.), bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, tutumları ve hasta-hemşire etkileşiminin, hasta memnuniyeti üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bireylerin bilgilendirilmesi, değer verildiğini hissetmesi ve kendini rahat hissetmesi, hem aldıkları tedavi ve bakıma hem de sağlık profesyonellerine olan güveni arttırmaktadır (85). Belirtilen faktörler dışında sağlık okuryazarlık bilgi düzeyinin ve kuruma ilişkin hizmet kalitesi algısının da hasta memnuniyet düzeyini etkilediği belirlenmiştir (86,87).

2.2.2. Doğumda Anne Memnuniyeti

Maternal/perinatal ölüm, doğum travması ve sezaryen oranı gibi perinatal hizmetin kalite göstergeleri; mortalite/morbidite oranlarında görülen azalma ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler nedeniyle önemini giderek yitirmiştir. Son yıllarda yeniden değerlendirilmeye başlanan bu göstergeler, kalite değerlendirmesinin, değişen şartlara uygun ve çok boyutlu yapılması gerektiğini ortaya çıkarmıştır (21). Bu nedenlerden dolayı kadınların perinatal döneme ilişkin aldığı bakımdan memnuniyetin değerlendirilmesi, son yıllarda giderek önem kazanmaya başlamıştır.

Kadının sağlığında fizyolojik ve ruhsal değişimlere yol açabilen doğum deneyimi ve kadının doğumdan memnuniyeti, kadın ve yenidoğanın sağlığı ve olumlu

aile ilişkileri açısından oldukça önemlidir (21). Kadınlar; doğumu, baş etmesi zor ve olumsuz bir deneyim olarak algılayabilmektedir. Doğumla ilgili olumsuz algı ve düşünceler; kadının ve yenidoğanın rahatını bozmakta ve doğum eylemini olumsuz etkileyebilmektedir (79).

Doğumda anne memnuniyetini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Anne memnuniyetini etkileyen faktörler; sosyo-demografik-obstetrik özellikler, doğum hizmetlerinin organizasyonu, beklentiler ve doğum planı, doğum şekli, doğum öncesi hazırlık, sağlık personeli ile iletişim ve mahremiyete saygı, tıbbi tedavi ve girişimler, hemşirelik bakımı ve emosyonel destek, ağrı kontrolü, doğuma katılan kişiler, bilgilendirilme, kararlara katılım, bebekle iletişim ve bebek bakımı, postpartum bakım, bakımın sürekliliği ve erken taburculuk olarak sayılmaktadır (21,88). Yüksek oranda yapılan tıbbi müdahaleler, kadının doğum deneyimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (17). Olumsuz doğum deneyimi; kadında postpartum depresyon, PTSTB, sonraki doğumlarda sezaryen isteği, anne-yenidoğan bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları, bebeğin ihmal edilmesi, cinsel disfonksiyon, istenmeyen gebelik sonrası kürtaj gibi durumlara neden olabilmektedir (28,89). Weeks ve ark. (90)'nın 1660 Şili'li kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; SEFM, sezaryen, epizyotomi ve ağrı yönetimi için farmakolojik yöntem uygulanan kadınların doğumdan memnuniyetlerinin düşük olduğu ancak doğum sırasında bir yakını bulunan kadınların ise doğum memnuniyetlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kurniati ve ark. (91) tarafından sezaryen ile doğumdan memnuniyeti ve "Kapsamlı Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımı" kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, acil sezaryen ile doğum yapan kadınların %56,4'ünün doğumdan memnun oldukları saptanmıştır. Yeşilçiçek ve ark. (17)'nin doğum sırasında sık yapılan uygulamaların doğumda anne memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada; vajinal doğum yapan annelerin ortalama memnuniyet puanlarının düşük ($139,59 \pm 29,02$) olduğu belirlenmiştir. Özkan ve ark. (92)'nin vajinal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla yaptığı kesitsel çalışmada, doğum sonu erken dönemde sezaryen ile doğum yapan kadınların memnuniyet düzeylerinin vajinal doğum yapan kadınların memnuniyet düzeyinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vajinal doğum yapan kadınların memnuniyet düzeyinin düşük olması, doğum sırasında yapılan müdahaleler ile ilişkilendirilmiştir.

Yaldır ve ark. (93) tarafından doğum sonu erken dönemde anne memnuniyetinin değerlendirildiği çalışmada, kadınların doğumdan memnuniyet puanının 93,25 yani doğumdan memnuniyetlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Koç ve ark. (94) tarafından Türkiye'de doğumda anne memnuniyeti ve annelik rolü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların doğumda anne memnuniyet puanının 131.96 ± 21.02 , sezaryen ile doğum yapan kadınların puanı ise 141.81 ± 21.32 olduğu belirlenmiştir. Özcan ve ark. (15)'in vajinal ve sezaryen ile doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların memnuniyeti puanının $114,70 \pm 12,12$, sezaryen ile doğum yapan kadınların memnuniyeti puanının ise $124,99 \pm 13,68$ olduğu saptanmıştır. Vajinal doğumda ve sezaryen ile doğumda anne memnuniyet düzeyi genel olarak düşük bulunmuştur.

2.3. Perinatal Bakımda Kanıta Dayalı Uygulamaların ve Doğumda Anne Memnuniyetinin Arttırılmasına Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Günümüzde gelişen yönleriyle perinatoloji hemşireliği, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda anne, bebek ve aile merkezli bütüncül bir yaklaşım sağlayan hemşirelik uygulamalarının özel bir alanıdır. Perinatal hemşirelik yaklaşımı, gebe/lohusa ve ailesinin yeni duruma psiko-sosyal ve fiziksel yönden uyum sağlayabilmesi için eğitim ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasına rehber olmak ve yardım etmektir (95). Bu alanda çalışan perinatoloji hemşiresinin görevi; üreme çağı boyunca kadın ve ailesinin izlemi ile başlayıp doğum sonu ev ziyaretine kadar süren geniş bir yelpazede ele alınmaktadır (45). Perinatoloji hemşireleri uygulamada klinik hizmetlerin yanı sıra, eğitim, araştırma, sağlığın geliştirilmesi, danışmanlık ve savunuculuk gibi rolleri üstlenmektedir (95).

Hemşire; perinatal dönemde olan kadının, bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde yardımcı ve rehber olan bir sağlık profesyoneli. Hemşire, belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yapar ve koordinatör rolü üstlenir. Ayrıca bireyin kendi bakımına aktif olarak katılımı için görüşünü ve onayını alır. Böylece sorunların çözümüne yönelik planlanan bakımda, süreklilik sağlanır (43).

Doğuma ilişkin memnuniyet, doğum deneyimini değerlendirmede önemli bir göstergedir ve doğumda memnuniyetinin belirlenmesi, maternal bakım kalitesinin ve yenidoğan ile annenin iyilik halini de göstermesi açısından önemlidir (96). Ayrıca perinatal alanda verilen hizmetin annelerin gözünden değerlendirilmesi çalışanlara ve kuruma yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır (21). Doğumda annenin ihtiyaçlarının belirlenmesi, memnuniyete ilişkin önemli bir faktördür. Hemşirelerin; doğumda ve doğum sonu dönemde kadınlar ile ilgilendiği sürenin artması; kadınların ihtiyaçlarının daha erken belirlenmesinde ve memnuniyetlerinin artmasında belirleyici bir faktördür (31). Bu açıdan, perinatal süreç boyunca hemşirelerin kadınlara olan desteği, yadsınamayacak düzeyde fazladır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı doğumhanesi ve kadın-doğum servisinde yapılmıştır. Bu birimlerde, 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı Bebek Dostu Hastane Uygulaması kapsamında hizmet verilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Türkiye’de Joint Commission International (JCI) tarafından 2007 yılında akredite edilen ilk kamu üniversitesi hastanesidir.

8 yatak kapasitesine sahip doğumhanede, 2 doğum salonu bulunmaktadır. Doğumhanede, vajinal ve sezaryen ile doğum yapacak gebelerin yanı sıra riskli gebeler de takip edilmektedir. Doğumhane çalışma ekibi içerisinde 1 kadın-doğum uzman doktoru, 2 kadın-doğum asistan doktoru ve 6 hemşire bulunmaktadır. Doğumhanede çalışan hemşireler, 8-16 ve 16-08 saatleri arasında olmak üzere toplam 2 shift çalışmaktadır. 8-16 shiftinde 3 hemşire, 16-08 shiftin de ise 1 hemşire görev yapmaktadır.

26 yatak kapasitesine sahip kadın-doğum servisinde, riskli gebeler ile vajinal veya sezaryen ile doğum yapan anneler takip edilmektedir. Anne veya yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gelişmez ise vajinal doğumdan 24 saat, sezaryen doğumdan ise 48 saat sonra taburcu edilmektedirler. “Bebek Dostu Hastane Uygulaması” gereği, yenidoğan annenin yanında kalmaktadır. Kadın-doğum servisi çalışma ekibi içerisinde 2 kadın-doğum asistan doktoru ve 11 hemşire bulunmaktadır. Serviste çalışan hemşireler, 8-20 ve 20-08 saatleri arasında olmak üzere toplam 2 shift çalışmaktadır. 8-20 shiftinde 2 ya da 3 hemşire, 20-08 shiftinde ise 1 ya da 2 hemşire görev yapmaktadır. Ayrıca, serviste 4 pediatri asistan doktoru ve 1 bebek hemşiresi tarafından hizmet verilen bir bebek odası ve bebek odası içerisinde 3 kuvöz bulunmaktadır.

Hastanede verilen perinatal uygulamalara yönelik hazırlanmış yazılı protokol, prosedür ve talimatlar bulunmakta (örn; vajinal ve sezaryen doğum sonu bakım ve ameliyat sonrası bakım protokolleri, yenidoğan bebeğin kabulü ve bakım protokolü, vb.) ve bakım uygulamaları bu protokoller çerçevesinde verilmektedir. Ayrıca, perinatal hizmetlerin verilmesi sırasında Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenen yazılı protokol ve prosedürlerden de yararlanılmaktadır.

Doğumhanede çalışan hemşireler, “Doğumhane Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları” protokolüne göre; doğum eylemi süresince gebe ve fetüsün sağlığını değerlendirmek, verilen bakım uygulamalarını kaydetmek, kayıtları not etmek, doğum odasını hazır bulundurmak, doğumda kullanılacak malzemelerin steril açılmasını sağlamak, doğum sonrası hastanın güvenli bir şekilde çıkarılmasını sağlamak, “Doğum Sonu Bakım ve Ameliyat Sonrası Bakım Protokolü”ne uygun bir şekilde kadına bakım vermek ve yenidoğanın ilk bakımını gerçekleştirmektir (vücut ısısının korunması, solunum yolu açıklığının sağlanması, kimlik tespitinin yapılması, ten tene temasın sağlanması vb.). Sezaryen ile doğumda ise yenidoğanın kimlik tespitinin yapılması ve kayıtların tutulmasında görev almaktadır.

Kadın-doğum servisinde çalışan hemşireler, “Doğum Sonu Bakım Protokülü” ve “Ameliyat Sonrası Bakım Protokolü” doğrultusunda; loşia, fundus, insizyon ve vital bulgu takibinin yapılması, mobilizasyonun sağlanması, “Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım Prosedürü”ne uygun olarak ağrının değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması, sıvı alımının sürdürülmesi, doğum sonu sürece uyumunun sağlanması ve bireysel ve grup eğitimlerinin verilmesi (perine bakımı, anne sütü, emzirme ve bebek bakımı, annenin kendi özbakımı, aile planlaması, kegel egzersizleri ve loşia izlemi) gibi görevleri yerine getirmektedir.

Yenidoğanın ilk muayenesi pediatri asistan doktorları tarafından yapılmaktadır. Bebek hemşiresi, “Bebek Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları” ve “Yenidoğan Bebeğin Bakım Protokolü” doğrultusunda; yenidoğanın kuvöze koyulması ve takibi, yenidoğanın bilekliğinin kontrolü, K vitamini enjeksiyonunun ve göz bakımının uygulanması, yenidoğanın giydirilmesi ve anneye teslim edilmesi, ilk emzirmesinin ve sonrasında emzirmenin devamlılığının sağlanması, memelerin değerlendirilmesi, “Bebek Bakımı Eğitimi Talimatı” doğrultusunda annelere eğitim verilmesi, bebeğin günlük kilo takibinin yapılması, idrar ve mekonyum çıkışının değerlendirilmesi ve

bebeği yanında olmayan annenin sütünün sağılması ve saklanması görev almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 10 Mart 2018-1 Haziran 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi doğumhanesine doğum yapmak üzere başvuran 382 kadın oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine, 10 Mart 2018-1 Haziran 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi doğumhanesine doğum yapmak üzere başvuran kadınlar alınmıştır. Oİ-TR skoru ve doğum şekli ile ilgili ülkemizde yapılan çalışma olmaması nedeni ile güç hesaplaması çalışma sırasında yapılmıştır. Örneklem dahil edilecek vajinal ve sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı, araştırmanın uygulama süreci devam ederken elde edilen veriler kullanılarak istatistik uzmanı tarafından güç analizi yapılarak hesaplanmıştır. Güç analizinin yapılabilmesi için 25 vajinal doğum, 25 sezaryen ile doğum yapan toplam 50 kadına ait veri kullanılmıştır. Gpower 3.1 yazılım programı yardımıyla yapılan güç analizi sonucu; %80 güç, %5 hata payı ve orta etki büyüklüğü (0.511) ile 124 kadının örneklem dahil edilmesi gerektiği saptanmıştır. Araştırmanın örneklemine; vajinal doğum yapması planlanan 65, sezaryen ile doğum yapması planlanan 59 kadın olmak üzere toplam 124 kadın alınmıştır. Fakat vajinal doğum yapmak üzere başvuran 3 kadının sezaryen ile doğum yapmasından dolayı vajinal doğum yapan 62, sezaryen ile doğum yapan 62 kadın ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırma sonunda yapılan güç analizine göre; %99.1 güç, %5 hata payı ve orta etki büyüklüğü (0.788) ile araştırmaya dahil edilen 124 kadın sayısının yeterli olduğu belirlenmiştir. Öncelikle, sezaryen ile doğum yapan kadınlara ait veriler tamamlanmıştır. Vajinal doğum yapan kadın örneklem sayısına ulaşıncaya kadar araştırmaya devam edilmiştir.

3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmanın örnekleme;

- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi doğumhanesine vajinal veya sezaryen ile doğum yapmak üzere başvuran,
- Çalışmanın yapılacağı kurum dışında başka bir kurumdan doğum öncesi bakım hizmeti almamış olan,
- 37 hafta ve üzeri gebeliği olan,
- Türkçe konuşabilen, anlayabilen ve yazabilen,
- İletişim engeli olmayan (işitme, görme engeli vb.),
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “Tanıtıcı Bilgiler Formu” (Ek-1), “Optimalite İndeksi Vaka Rapor Formu” (Ek-2), “Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum)” (Ek-3) ve “Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Sezaryen Doğum)” (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek-1)

Bu form, araştırmacılar tarafından Oİ-TR’de yer alan maddeler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Form, üç bölümden oluşan 50 sorudan oluşmaktadır. 34 sorudan oluşan A bölümünde; kadınların bazı tanıtıcı, tıbbi ve obstetrik özelliklerine ait sorular (yaşanılan şehir ve bölge, eğitim düzeyi, yaşı, medeni durumu, sağlık sigortası varlığı, kronik hastalık varlığı, obstetrik bilgiler, doğum sürecine ait veriler, yenidoğan sonuçlarını içeren sorular) yer almaktadır. A bölümünde yer alan sorular, hasta dosyası ve hastane bilgi sisteminde yer alan veriler kullanılarak doldurulmuştur. 8 sorudan oluşan B bölümünde; kadınların bazı tanıtıcı, tıbbi ve obstetrik özelliklerine ait sorular (aile tipi, akraba evliliği varlığı, sigara ve madde kullanma durumu, gebelik öncesi beden kitle indeksi, önceki gebeliklere ait yaşanılan komplikasyonlar ve önceki doğumlara ilişkin bilgiler) yer almaktadır. B bölümünde

yer alan sorular, kadına sorularak elde edilen verileri içermektedir. C bölümünde yer alan 8 soru ise doğum süresince verilen doğum uygulamalarına (fetal monitorizasyon şekli, fetal kalp hızı anormallikleri, doğumda destek veren kişi varlığı, doğumda spontan ıkınma durumu, doğumda kullanılan pozisyon, laserasyon gerçekleşme durumu ve ten tene temasın sağlanması) ilişkin bilgiler yer almaktadır. C bölümünde yer alan sorular, doğum salonu ve kadın-doğum servisinde çalışan sağlık personelinin elde edilen verileri içermektedir.

Optimalite İndeksi Vaka Rapor Formu (Ek-2)

Araştırmanın yapıldığı kurumda verilen perinatal bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla Optimalite İndeksi-Türkiye (OI-TR) (Bkz. Ek-5) kullanılmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde kullanılan OI-US'in (63) Türkçeye uyarlama çalışması, Yücel tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiş ve indeksin Türkçe versiyonu Optimalite İndeksi-Türkiye (OI-TR) olarak adlandırılmıştır. OI-TR; klinik durumu yansıtan, farklı yapıda bilgiler içeren, kanıta dayalı bakımın optimal sonuçlarını birleştiren klinimetrik bir indekstir. İndeks içerisinde yer alan her bir madde için optimalite kriterleri, obstetrik literatürden yer alan güncel araştırmalardan elde edilmiştir. Sağlanmayan optimal kriter için, toplam skordan bir puan çıkarılmaktadır (63).

OI-TR, risk ya da kalite değerlendirme aracı değildir, gebelik süreci ve sonuçlarını ölçmektedir. Bu ölçüm aracı, verilerin retrospektif olarak gözden geçirilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. İndeks; belirli bir bölgeye, kuruma, meslek grubuna ait sonuçları tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Puanlamalar bireysel olarak yapılsa da bireysel skorlar yorumlanamamaktadır. Bu indeks, kadının doğuma yönelik deneyimlerini tanımlamak veya tek başına bir kadının aldığı bakımın optimal olma durumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmemiştir. Bireysel olarak elde edilen skorlar bir araya getirilerek, bütün bir örnekleme ya da gruba ait bakım koşulları ve sonuçları yansıtılmaktadır (63).

60 maddeden oluşan Optimalite İndeksi Vaka Rapor Formu, OI-TR maddelerinin kodlanmasında kullanılmaktadır. OI-TR, PÖİ ve Oİ olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. 18 maddeden oluşan PÖİ, var olan risk kriterlerine göre

gebeleri sınıflandırma amacıyla kullanılmaktadır. Oİ bölümünde ise dört perinatal alan olan; gebelik (8 madde), doğum eylemi (23 madde), yenidoğanın sağlık durumu (8 madde) ve annenin doğum sonrası sağlık durumu (3 madde) ile ilgili toplam 42 madde yer almaktadır. PÖİ için kodlanacak olan maddeler, paritesine göre değişmektedir. Primipar kadınlar için ilk 11 madde, multipar kadınlar için maddelerin tümü kodlanmaktadır. Oİ için kodlanacak olan maddeler ise, doğum şekline göre değişmektedir. Doğum öncesi ve doğum sonu dönemde yer alan maddelerin tümü, kadınların paritesine ve doğum şekline bakılmaksızın bütün kadınlar için kodlanmaktadır. Vaka Rapor Formu'nda kodlanmaması gereken maddelerin yanında yer alan boş kutucuklar, gri renkle boyanmıştır (63).

Form içerisinde maddeler, 0 = “Optimal değil” ve 1 = “Optimal” olarak kodlanmaktadır. İndekste yer alan PÖİ ve Oİ bölümlerine ait skorlar, “PÖİ skoru” ve “Oİ skoru” olarak ayrı bir şekilde yüzde olarak belirtilmektedir. PÖİ skorunun düşük olması riskli olduğunu, Oİ puanının düşük olması ise optimal olma durumundan sapmayı göstermektedir. PÖİ ve Oİ skorlarının birleşmesiyle total Oİ skoru elde edilmektedir. Her bir maddeye ilişkin kodlamalar ve PÖİ, Oİ, total Oİ skor hesaplamaları, Kodlama ve Skorlama Kılavuzu kullanılarak gerçekleştirilmiştir (**Bkz. Ek-6**).

İndeksin skorlamasında, optimal yani “1” olarak kodlanan maddelerin toplam sayısı “pay”; “7” olarak kodlanan madde sayısının toplam madde sayısından çıkarılmasından sonra geriye kalan madde sayısı (değerlendirilen madde sayısı) ise “payda” olarak değerlendirilmekte ve sonuç yüzde olarak ifade edilmektedir. Böylece, skorlama sisteminde eksik verilerin yol açacağı problemler ortadan kalkmaktadır (63).

$$\text{PÖİ ve Oİ skorları (\%)} = \frac{\text{1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)}}{\text{Değerlendirilen madde sayısı (Payda)}}$$

Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum) (Ek-3)

Annelerin doğumda ve hastanedeki erken doğum sonu dönemde yaşadıkları deneyimlerini ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerini ölçmek amacıyla Güngör (97)

tarafından geliştirilen bu ölçek, 43 maddeden oluşan 5'li Likert tipi (1-katılmıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe formuna ait Cronbach Alpha katsayısı= 0,91 bulunmuştur. Çalışmamızda ise ölçeğe ait Cronbach Alpha katsayısı= 0,90 bulunmuştur.

Ölçekte yer alan 13 madde (7,8,9,10,19,20,21,22,35,36,38,41,42) ters puanlıdır. Toplam puan 43-215 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 150,5 ve üzeri ise memnuniyet düzeyi yüksek, 150,5'in altında ise memnuniyet düzeyi düşük olarak değerlendirilmektedir. Toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri arttığı düşünülmektedir (97).

Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (Sezaryen Doğum) (Ek-4)

Annelerin doğumda ve hastanedeki erken doğum sonu dönemde yaşadıkları deneyimlerini ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerini ölçmek amacıyla Güngör (97) tarafından geliştirilen bu ölçek, 42 maddeden oluşan 5'li Likert tipi (1-katılmıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe formuna ait Cronbach Alpha katsayısı= 0,91 bulunmuştur. Çalışmamızda ise ölçeğe ait Cronbach Alpha katsayısı= 0,90 bulunmuştur.

Ölçekte yer alan 12 madde (8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 34, 35, 37, 40, 41) ters puanlıdır. Toplam puan 42-210 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 146,5 ve üzeri ise memnuniyet düzeyi yüksek, 146,5'in altında ise memnuniyet düzeyi düşük olarak değerlendirilmektedir. Toplam puan arttıkça annelerin sezaryen doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri arttığı düşünülmektedir (97).

3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Tanıttıcı Bilgiler Formu'nun (Bkz. Ek-1) anlaşılabilirliğini ve işlerliğini değerlendirmek amacıyla, 10 Mart- 26 Mart 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi doğumhanesine doğum yapmak üzere başvuran, örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 50 kadın (25 vajinal doğum yapan ve 25 sezaryen ile doğum yapan) ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında, formda yer alan sorularda herhangi bir

değişiklik yapılmadığından ön uygulamada yer alan kadınlar araştırmanın örnekleme dahil edilmiştir.

3.4.3. Araştırmanın Uygulanması

Doğum yapmak üzere Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Doğumhanesine gelen ve örneklem seçim kriterlerine uyan kadınlar örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanması süreci, annenin doğumhaneye kabulü ile başlayıp taburcu olmasına kadar devam etmiştir.

Araştırmanın uygulama aşamasından önce doğumhane ve kadın-doğum servisinde çalışan doktor ve hemşirelere çalışmanın uygulama süreci hakkında bilgi verilmiştir. Böylece, hasta dosyası ve hastane bilgi sisteminde yer almayan verilerin sağlık personeli ile görüşülerek elde edilmesi sağlanmıştır. Verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen süreç izlenmiştir.

1. Tanıtıcı Bilgiler Formu'nun (Bkz. Ek-1) A bölümünde yer alan 34 soru, kadının hastaneye kabulünden taburcu olmasına kadar geçen süre içerisinde hasta dosyası ve hastane bilgi sisteminde yer alan veriler kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Formun B bölümünde yer alan 8 soru, kadın taburcu olmadan önce araştırmacı tarafından kadın ile yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Formun C bölümünde yer alan 8 soru ise, hasta dosyasında yer alan veriler kullanılarak ve sağlık personeli ile görüşülerek doldurulmuştur.
2. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Bkz. Ek-1) doldurulduktan sonra, formda yer alan veriler Kodlama ve Skorlama Kılavuzu (Bkz. Ek-6) kullanılarak Optimalite İndeksi Vaka Rapor Formuna (Bkz. Ek-2) kodlanmıştır.
3. Kadınlar taburcu olmadan önce doğum şekline göre “Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum)” (Bkz. Ek-3) ve “Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Sezaryen Doğum)” (Bkz. Ek-4) uygulanmıştır. Ölçekler, kadının kendisi tarafından odasında doldurulmuştur.

3.5.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için “Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan” 20 Şubat 2018 tarihli ve GO 18/134-10 karar numarası ile izin alınmıştır (**Bkz. Ek-7**). Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği’nden 09 Mart 2018 tarihli 30878757-999/171 sayılı yazı ile izin alınmıştır (**Bkz. Ek-8**). Ayrıca Doğumda Anne Memnuniyeti Ölçeği’nin kullanımına ilişkin izin Doç. Dr. İlkay Güngör tarafından alınmıştır (**Bkz. Ek-9**). Araştırma seçim kriterlerine uygun olan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda, Tanıtıcı Bilgiler Formu’nun (Bkz. Ek-1) ön sayfasında yer alan “Kabul Ediyorum” kutucuğunu işaretlemeleri istenmiştir.

3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmada kullanılan formların, kadınların ve sağlık personelinin beyanı dikkate alınarak doldurulması
- Literatürde Oİ-TR indeksi kullanılarak yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunması
- Oİ-TR indeksinin kullanım özelliği nedeniyle kadınların doğum şekline göre skorların karşılaştırılamaması.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından Statistical Programme for Social Sciences (SPSS) for Windows 21 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu “Shapiro-Wilk” testi ile belirlenmiştir. Tanımlayıcı verilerin analizinde; sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Kadınların doğum şekline göre DAMDÖ puanlarının dağılımının normal olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında “Bağımsız Örneklem t-testi” kullanılmıştır. DAMDÖ puanı ve total Oİ-TR skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla “Pearson Korelasyon Analizi” kullanılmıştır. Pearson Korelasyon Katsayısı için ilişkinin nitelendirmesi Tablo 3.1’de yer alan kriterler göz önünde bulundurularak

gerçekleştirilmiştir (98). Tüm istatistiksel analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.1. Pearson Korelasyon Katsayısı İçin Nitelendirme

Pearson Korelasyon Katsayısı değeri	Nitelendirme
0,00 - 0,19	İlişki yok
0,20 - 0,39	Zayıf (düşük) ilişki
0,40 - 0,69	Orta düzeyde ilişki
0,70 - 0,89	Kuvvetli (yüksek) ilişki
0,90 - 1,00	Çok kuvvetli ilişki

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Eğitim Düzeyi		
Lise altı	20	16,1
Lise ve üzeri	104	83,9
Aile Tipi		
Geniş	10	8,1
Çekirdek	114	91,9
Akraba Evliliği		
Var	11	8,9
Yok	113	91,1
Yaş*	29,81±4,68	
Beden Kitle İndeksi*	25,21±5,20	
Toplam	124	100

*Veriler, ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir.

Tablo 4.1’de kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların %83,89’unun lise ve üzeri eğitim düzeyine ve %91,9’unun çekirdek aile tipine sahip olduğu, %91,1’inde ise akraba evliliği olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada yer alan kadınların yaş ortalamasının 29,81±4,68, beden kitle indeksi ortalamasının ise 25,21±5,20 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı

(n=124)

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Doğum Şekli		
Vajinal doğum	62	50,0
Sezaryen ile doğum	62	50,0
Paritesi		
Primipar	38	30,6
Multipar	86	69,4
Preterm Eylem Öyküsü		
Var	3	2,4
Yok	121	97,6
Abortus Öyküsü		
Var	23	18,5
Yok	101	81,5
D&C Öyküsü		
Var	14	11,3
Yok	110	88,7
Şimdiki Gebelikte Komplikasyon Yaşama Durumu		
Yaşadı	5	4,0
Yaşamadı	119	96,0
Toplam	124	100

Tablo 4.2’de kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların %50’sinin vajinal doğum, %50,0’sinin ise sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınların %69,4’ünün multipar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %97,6’sında preterm eylem öyküsü, %81,5’inde abortus öyküsü ve %88,7’sinde ise D&C öyküsü bulunmadığı belirlenmiştir. Kadınların %96,0’sının şimdiki gebeliğinde gebelik komplikasyonu yaşamadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Kadınların Oİ-TR indeks skorlarının dağılımı (n=124)

Oİ-TR	Oİ-TR Skoru*
PÖİ	%87,61±9,11 (%55,56-%100,00)
Oİ	%79,11±5,64 (%60,87-%86,96)
Total Oİ	%81,42±4,62 (%66,67-%91,18)

*Veriler, ortalama ± standart sapma (min-max) şeklinde verilmiştir.

Tablo 4.3’de kadınların Oİ-TR skorlarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların PÖİ skorunun %87,61, Oİ skorunun %79,11 ve total Oİ skorunun ise %81,42 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Kadınların doğum şekline göre Oİ-TR skorlarının dağılımı

	Skor (%)	Minimum Değer (%)	Maksimum Değer (%)	Standart Sapma
Vajinal Doğum (n:62)				
PÖİ	90,16	55,56	100,00	8,57
Oİ	76,11	66,67	88,33	4,08
Total Oİ	79,72	66,67	86,79	4,00
Sezaryen ile Doğum (n:62)				
PÖİ	85,07	63,64	100,00	9,00
Oİ	82,12	60,87	86,96	5,41
Total Oİ	83,12	72,09	91,18	4,59

Tablo 4.4’de kadınların doğum şekline göre Oİ-TR skorlarının dağılımı yer almaktadır. Vajinal doğum yapan kadınların PÖİ skorunun %90,16, Oİ skorunun %76,11 ve total Oİ skorunun %79,72 olduğu belirlenmiştir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların PÖİ skorunun %85,07, Oİ skorunun %82,12 ve total Oİ skorunun %83,12 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Kadınların doğum şekline göre Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği puanlarının dağılımı

Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği	Vajinal Doğum (n=62)	Sezaryen ile Doğum (n=62)	İstatistiksel Analiz**
	154,24±23,96	154,69±24,07	t = -0,10
Toplam Puan*	(106 - 203)	(100 - 197)	p = 0,91

*Veriler, ortalama ± standart sapma (min-max) şeklinde verilmiştir.

** Veri analizinde, t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.5’de kadınların doğum şekline göre DAMDÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır. Vajinal doğum yapan kadınların DAMDÖ puan ortalamasının 154,24±23,96, sezaryen ile doğum yapan kadınların DAMDÖ puan ortalamasının ise 154,69±24,07 olduğu belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.6. Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Total Oİ Skoru ile Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki

	DAMDÖ Toplam Puanı	Total Oİ Skoru
Total Oİ Skoru	$\rho = 0,152$ $p = 0,237$	1
DAMDÖ Toplam Puanı	1	$\rho = 0,152$ $p = 0,237$

*Verilerin analizinde, Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

Tablo 4.6’da sezaryen ile doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasındaki ilişki yer almaktadır. Sezaryen ile doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.7. Vajinal doğum yapan kadınların Total Oİ Skoru ile Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki

	DAMDÖ Toplam Puanı	Total Oİ Skoru
Total Oİ Skoru	$\rho = -0,065$ $p = 0,613$	1
DAMDÖ Toplam Puanı	1	$\rho = -0,065$ $p = 0,613$

*Verilerin analizinde, Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

Tablo 4.7’de vajinal doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasındaki ilişki yer almaktadır. Vajinal doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Perinatal bakım alanında KDU'ları kullanan sağlık profesyonelleri, perinatal dönem boyunca anne ve fetus/yenidoğana yönelik zararın azaltılmasını, mesleki standartları yükselterek bakımın kalitesinin artırılmasını, gereksiz teknoloji ve invazif girişimlerin kullanımının azaltılmasını ve verilen bakımın standardize edilmesini sağlamaktadır (6-9). Ancak günümüzde, teknolojiadaki gelişmeler nedeniyle hastanede gerçekleştirilen doğumlarda kanıt temeli olmayan tıbbi müdahalelerin rutin kullanımı giderek artmaktadır (6,11-18). Tıbbi müdahalelerin kullanımında artış olmakla birlikte bu müdahalelerin kullanımının optimal perinatal bakım ve sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirebilecek uygun ölçüm aracı bulunmamaktadır. Perinatal bakımın değerlendirilmesinde kullanılan genel yaklaşım, mortalite ve morbidite ile ilgili sonuçlara odaklanmaktadır. Ancak, bu sonuçlar, doğum yapan kadınların çoğunda nadir görülmektedir. Ayrıca yapılan değerlendirmelerin sadece doğum deneyimine odaklanması da, perinatal bakımın değerlendirilmesini olumsuz etkilemektedir (36).

Perinatal dönemde verilen bakımın değerlendirilmesinde kullanılan Oİ-TR, kanıtlar doğrultusunda maternal bakımı ve bakım sürecinin optimalitesi doğrultusunda klinik sonuçları değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçüm aracıdır. Bu indeks, benzer özelliklere sahip kadınlar arasında karşılaştırma yapıldığı zaman, kurumlardan elde edilen puanların bakım süreçlerindeki farklılıkları hakkında bilgi verebilmektedir (6). Literatürde farklı ülkelerde optimalite indeksi kullanılarak perinatal bakımın değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (6,60-62,64-66). Yapılan bu çalışmalar, gebelikte risk durumu, etnik köken, parite, perinatal bakım veren sağlık profesyonelleri ve doğumun yapıldığı yere göre elde edilen optimalite skorlarını içermektedir. Sheridan ve ark. (60) tarafından İngiltere'de ebelerden standart bakım alan kadınlar ile perinatal dönem boyunca bir ebeden bakım alan (caseload) kadınların skorlarının karşılaştırıldığı çalışmada; kadınların risk durumuna bakılmaksızın, standart bakım alan kadınların PÖİ skorunun %81,79 ve Oİ skorunun %90,35; caseload bakım alan kadınların PÖİ skorunun %80,59 ve Oİ skorunun %89,94 olduğu belirlenmiştir. Riskli gebelerin PÖİ skorunun %85,49 ve Oİ skorunun %78,60 olduğu saptanmıştır. Sten (62)'in Finlandiya'da doğumda verilen bakım sürecini ve sonucunu

değerlendirmek amacıyla OI-FI kullanarak Finli kadınlar ile Rus, Kürt ve Somali kökenli göçmen kadınların sonuçlarının karşılaştırdığı çalışmada; primipar Finli kadınların PÖİ indeks skorunun %83,33, Rus kadınların %83,33, Kürt kadınların %83,33 ve Somalili kadınların ise %66,67 olduğu saptanmıştır. Multipar Finli kadınların PÖİ indeks skoru %90,91, Rus kadınların %83,33, Kürt kadınların %80,91, Somalili kadınların ise %75,00 olduğu saptanmıştır. Primipar Finli kadınların Oİ indeks skoru %85,19, Rus kadınların %86,96, Kürt kadınların %85,19, Somalili kadınların ise %81,48 olduğu saptanmıştır. Multipar Finli kadınların Oİ indeks skoru %91,30, Rus kadınların %92,59, Kürt kadınların %88,89, Somalili kadınların ise %88,89 olduğu saptanmıştır. Hermus ve ark. (66)'nın OI-NL kullanarak hastanede veya evde ebe tarafından verilen doğum bakımını karşılaştırıldığı çalışmasında, evde doğum planlanmış kadınların doğum merkezinde planlanmış kadınlara göre daha yüksek optimalite skoruna sahip olduğu saptanmıştır. Thompson ve ark. (61)'nin OI-NL kullanarak ebe ve doktorlar tarafından verilen bakımın optimalitesini incelediği çalışmada, tüm kadınların PBİ skorunun %91,88, Oİ skorunun % 86,81; primipar kadınların PBİ skorunun %92,64, Oİ skorunun %82,98; multipar kadınların PBİ skorunun %91,44, Oİ skorunun % 89,00 olduğu saptanmıştır. Oİ skorları, doğumda bakım veren sağlık personeline göre karşılaştırıldığında; ebeler tarafından bakım alan kadınların PBİ skorunun %92,66 ve Oİ skorunun %90,61; doktorlar tarafından bakım alan kadınların PBİ skorunun %90,02 ve Oİ skorunun % 78,54 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre, ebeler tarafından verilen bakımın daha optimal olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan tüm kadınların Oİ-TR skorları incelendiğinde; PÖİ skorunun %87,61 ve Oİ skorunun %79,11 olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3). Ülkemizde Oİ-TR kullanılarak yapılan tek çalışma olan Yücel ve ark. (6)'nın bir kadın sağlığı ve eğitim araştırma hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarını değerlendirdiği çalışmasında, sağlıklı gebelerin PÖİ skorunun %88,05 ve Oİ skorunun %77,65; riskli gebelerde PÖİ skorunun %85,49 ve Oİ skorunun %78,60 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışmamıza katılan kadınların PÖİ skorunun, Yücel ve ark (6)'nın çalışmasında yer alan sağlıklı gebelerin PÖİ skoruna yakın olduğu görülmüştür. Oİ skorları karşılaştırıldığında ise üniversite hastanesinde verilen bakımın devlet hastanesinde verilen bakıma göre daha optimal olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınların PÖİ skoru %90,16 ve Oİ skoru %76,11 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Kadınların PÖİ skorunun yüksek yani kadınların sağlıklı olmasına rağmen Oİ skorunun düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınların sağlıklı olmasına rağmen, daha fazla müdahaleye maruz kalmasının nedeninin, kadınlara doğum süresince indüksiyon, amniyotomi, SEFM, epizyotomi gibi rutin olarak uygulanan girişimler, doğumda sırtüstü pozisyon kullanımı ve anne ve yenidoğan arasında ten tene temasın sağlanmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Oysaki DSÖ kanıta dayalı olmayan müdahalelerin (lavman, tıraş, doğum indüksiyonu, erken amniyotomi, sık tuşe, üretral kateterin rutin kullanılmaması; doğum ağrısı ile ilaçsız başetme yöntemlerinin kullanımı ve sezaryen oranlarının, kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması) rutin olarak uygulanmaması gerektiğini belirtmektedir (49).

Çalışmamızda sezaryen ile doğum yapan kadınların Oİ-TR skorları incelendiğinde; PÖİ skorunun %85,07 ve Oİ skorunun %82,12 olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 4.4). Optimalite İndeksi, doğum şekline göre grupların karşılaştırılmasını önermemektedir. Ancak beklendiği üzere vajinal doğum yapan kadınların PÖİ skoru ile karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum yapan kadınların PÖİ skorunun daha düşük yani bu kadınların daha riskli olduğu; vajinal doğum yapan kadınların Oİ skoru (%76,11), başlı başına bir invaziv girişim olan sezaryen ile doğum yapan kadınların Oİ skoru (%82,12) ile karşılaştırıldığında, vajinal doğum yapan kadınlara daha fazla müdahale yapıldığı söylenebilir.

Kadınların yaşamında çok önemli bir deneyim olarak görülen doğum ve kadının perinatal dönemdeki memnuniyeti, kadının kendi sağlığı, bebeğinin sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından son derece önemlidir (15,30). Bu nedenle perinatal alanda çalışan sağlık personelinin, kadınların verilen bakımdan memnuniyetini ve doğum ile ilgili görüşlerini değerlendirmesi, perinatal bakımın kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Doğumda anne memnuniyet düzeyini etkileyen birçok faktör (sosyo-demografik-obstetrik özellikler, doğum hizmetlerinin organizasyonu, beklentiler ve doğum planı, doğum şekli, doğum öncesi hazırlık, sağlık personeli ile iletişim ve mahremiyete saygı, tıbbi tedavi ve girişimler, hemşirelik bakımı ve emosyonel destek, ağrı kontrolü, doğuma katılan kişiler, bilgilendirilme, kararlara katılım, bebekle iletişim ve bebek bakımı, postpartum bakım, bakımın sürekliliği ve

erken taburculuk) bulunmaktadır. Doğum şekli, anne memnuniyetini etkileyen faktörlerden birisidir (88). Çalışmamızda vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca hem vajinal ($154,24 \pm 23,96$) hem de sezaryen ($154,69 \pm 24,07$) ile doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyet düzeylerinin benzer ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Bkz. Tablo 4.5). Literatürde vajinal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumda memnuniyetinin değerlendirildiği çalışmalarda çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Özkan ve Bal'ın (92) vajinal ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla yaptığı kesitsel çalışmada, doğum sonrası erken dönemde sezaryen ile doğum yapan kadınların memnuniyet düzeyinin ($158,1 \pm 15,2$) vajinal doğum yapan kadınların memnuniyet düzeyinden ($161,8 \pm 16,0$) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,009$). Vajinal doğum yapan kadınların memnuniyet düzeyinin düşük olmasının doğum sırasındaki müdahalelerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca eşlerin öğrenim düzeyinin yüksek olması, kadınların çalışması ve doğum sırasında lavman kullanılmaması gibi faktörlerin, sezaryen ile doğum yapan kadınların memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir. Yeşilçiçek ve ark. (17) ve Özcan ve Aslan (15)'in yaptığı çalışmalarda; vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan annelerin memnuniyet düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Yaldır ve ark. (93)'nın doğum sonrası erken postpartum dönemde doğumda anne memnuniyetini belirlediği çalışmada, vajinal doğum yapan doğumdan memnuniyet puanının 93,25, yani oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Koç ve ark. (94)'nın doğumda anne memnuniyeti ve annelik rolü arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların doğumda anne memnuniyet puanının $131,96 \pm 21,02$, sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan memnuniyet puanının ise $141,81 \pm 21,32$ olduğu belirlenmiştir ve her iki grupta doğumda anne memnuniyeti düşük bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışma sonuçları incelendiğinde, memnuniyet düzeyleri için elde edilen sonuçlarda ki bu farklılıkların memnuniyeti etkileyen birçok faktörün olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Perinatal dönemde verilen bakımın optimal olması, kadınların ve yenidoğanların bu dönemi daha sağlıklı geçirmesini sağlayarak, bakımın kalitesini artırır ve sağlık göstergelerini olumlu yönde değiştirir (73). Kadınlar; perinatal dönem

içerisinde özellikle doğumu, baş etmesi zor ve olumsuz bir deneyim olarak algılayabilmektedir. Doğumla ilgili olumsuz algı ve düşünceler; kadının ve yenidoğanın rahatını bozmakta ve doğum eylemini olumsuz etkileyebilmektedir (79). Yüksek oranda yapılan tıbbi müdahaleler de, kadının doğum deneyimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (17). Bu nedenle, perinatal dönemde yapılan uygulamaların, annenin doğumdan memnuniyetini ne derecede etkilediğini değerlendirmek, annenin perinatal dönem deneyimlerini olumlu hale getirmek için önemli olabilir. Literatürde perinatal bakım uygulamaları ile annenin doğumdan memnuniyetini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda bazı perinatal uygulamaların rutin bir şekilde uygulanmasına rağmen hem vajinal hem de sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan memnuniyetlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5). Çalışmamızda da, sezaryen ile doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasında (Bkz. Tablo 4.6) ve vajinal doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.7).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Tüm kadınların PÖİ skorunun %87,61 ve Oİ skorunun %79,11 olduğu saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.3).
- Vajinal doğum yapan kadınların PÖİ skoru %90,16 ve Oİ skoru %76,11 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4).
- Sezaryen ile doğum yapan kadınların PÖİ skoru %85,07 ve Oİ skoru %82,12 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4).
- Vajinal doğum yapan kadınların DAMDÖ puan ortalamasının $154,24 \pm 23,96$, sezaryen ile doğum yapan kadınların DAMDÖ puan ortalamasının ise $154,69 \pm 24,07$ olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Bkz. Tablo 4.5).
- Sezaryen ile doğum yapan kadınların total Oİ skoru ile DAMDÖ toplam puanı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.6).
- Vajinal doğum yapan kadınların Total Oİ puanı ile DAMDÖ toplam puanı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.7).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler geliştirilmiştir:

1. Çalışmamızda, perinatal dönem boyunca optimal olamayan müdahalelerin yüksek oranlarda yapıldığı belirlenmiştir. Kanıt temelli uygulamaların kullanılmasını sağlamak için;

- Sağlık personelinin KDU'ları benimsemesi konusunda kurum kültürü oluşturulması ve desteklenmesi,

- Sağlık kurumunda, perinatal alanda KDU'ların kullanılmasına yönelik rehberlerin geliştirilmesi,
 - Yenilikçi eğitim yöntemlerinin kullanıldığı hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programları ile sağlık personellerinin perinatal alana yönelik güncel ve kanıta dayalı bilgi ve becerilerinin geliştirmesi,
2. Doğumda anne memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi için büyük örneklemli ve kapsamlı çalışmaların planlanması ve yürütülmesi,
 3. Perinatal dönemde verilen KDU'ların doğumdan anne memnuniyetine etkisini değerlendiren kapsamlı çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Kara M, Babadağ K. Kanıta dayalı hemşirelik; Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;6(3):96-104.
2. Murphy PA, Fullerton, JT. Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing. 2006;35(6):770-778.
3. Kenndy HP. A concept analysis of optimality in perinatal health. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2006;35(6);763–769.
4. World Health Organization. Care in normal birth: report of a technical working group [Internet]. 1997 [Erişim Tarihi: 19 Eylül 2019]. Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
5. Kızılkaya N. Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. Perinatoloji Dergisi. 1997;5(3/4):113-116.
6. Yücel Ç, Taşkın L, Low LK. Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. Midwifery. 2015;31(12);1135-1142.
7. Şahin NH, Gökyıldız Ş, Bildircin M. Kanıta dayalı tıp ve perinatoloji hemşireliğinde kullanımı, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(1):84-93
8. Evcili F, Yurtsal B, Abak G, Tali B, Temel S. Perinatal hasta güvenliği: ebelerin ve perinatal kliniklerde çalışan hemşirelerin görüş ve uygulamaları. STED. 2015;24(5):178-184.
9. Yeyğel Ç, Elmas, Ünsal Atan Ş. Prenatal bakımda kanıta dayalı uygulamalar. 1. Uluslararası ve 2. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı; İzmir 2016; sayfa 248.
10. Deliktaş A, Kabukcuoğlu K. Maternal bakımda kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşturulması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(2):130- 138.
11. Vural G, Erenel Şentürk A. Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz?. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(2):76-83.
12. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortaylı N, Erbaydar T. Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. Social Science & Medicine. 2006;62(9):2196- 2204.

13. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K. Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3 (1-2-3):13-28.
14. Başgöl Ş, Beji Kızılkaya N. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;5(2): 32-39.
15. Özcan Ş, Aslan E. Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi, F.N. Hem. Derg. 2015;23(1):41-48.
16. Karaahmet AY, Yazıcı S. Epizyotomide güncel durum. HSP. 2017;4(1):57-63.
17. Yeşilçiçek KÇ, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study, BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):415 DOI:10.1186/s12884-018-2054-0.
18. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ, Sutton PD, ve Menacker F. Births: preliminary data for 2004. National Vital Statistics Reports, 2005;54(8);1-17.
19. World Health Organization Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi: 18 Temmuz 2019]. Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf
20. Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. Birth. 1996;24(1);4-13.
21. Güngör İ, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. Midwifery. 2012;28;348-357.
22. Ford E, Ayers S, Wright DB. Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). Journal of Women's Health. 2009;18(2):245-252.
23. Vaijayanthimala M, Judie A. Mobility is an adjuvant approach for intrapartum care a clinical randomized interventional study. International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research. 2014;6(4):356-362.
24. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(2):69-74.
25. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, [Bağlantıda]. 2007;4:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>

26. Yanikkerem, E, Göker A, Nicole Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. Selçuk Tıp Dergisi. 2013;29(2):75-81.
27. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. F.N. Hem. Derg. 2014;22(2):105-113.
28. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(3):318-24.
29. Tatarlar A, Tokat MA. Vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, emme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(2):83-91.
30. Aslan Ş, Okumuş F. Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. HSP. 2017;4(1):32-40.
31. Yılmaz FA, Başer M. Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi, ACU Sağlık Bil Derg. 2017;(1):24-28.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Kriterleri [Internet]. [Erişim Tarihi: 18 Temmuz 2019]. Erişim adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42834/anne-dostu-hastane-kriterleri.html>.
33. Murphy PA, Fullerton, JT. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. Journal Of Midwifery And Women's Health. 2001;46(5), 274–284.
34. Senarath U, Fernando DN, Rodrigo I. Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. 2006 DOI:10.1111/j.1365-3156.2006.01698.x.
35. Enabudoso E, Isara AR. Determinants of patient satisfaction after cesarean delivery at a university teaching hospital in Nigeria, International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011;114(3):251-254.
36. Bélanger-Lévesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier JC. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. BMJ Open. 2014;4:e004013. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004013.
37. Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. DEUHFED. 2015;8(4):263-268.

38. Aktaş D, Gökgöz N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;(1-2-3):65-81.
39. Akın B, Turfan EÇ. Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin doğumdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 2016;(2):1-16. DOI:10.17367/JACSD.2016823639.
40. Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. Annelerin doğum şekline göre doğumdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19(2):92-99.
41. Terminoloji [Internet]. [Erişim Tarihi:20 Eylül 2019]. Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/TACESerapor/ortak_terminolojison.pdf.
42. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001;28(3):202-207.
43. Coşkun A. Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. Perinatoloji Dergisi.1996;4(3):181-184.
44. Murray S, Mckinney ES. Foundations of maternal-Newborn and Women's Health Nursing, 5th Edition;2010.
45. Taşkın L, Koç G. 1. Basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2006;13(2):45-56.
46. Karaca PP, Şahin N. Kanıta dayalı bakımın geliştirilmesinde IOWA modelinin kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2015;12(1):2-6.
47. Kurtoglu ZB., Yılmaz T. Gebelik döneminde kanıta dayalı uygulamalar ve ebelik yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2018;3(3):220-41.
48. Mazurek MB, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare a guide to best practice second edition. London; Wolters Kluwer; 2011:4-5.
49. World Health Organization recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi:07 Temmuz 2019]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

50. Alfircvic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.
51. Heelan-Fancher L, Shi L, Zhang Y, Cai Y, Nawai A, Leveille S. Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies, Wiley Online Library Birth Issues In Perinatal Care. 2019;46(2):311-317 DOI:10.1111/birt.12422.
52. Bonsack CF, Lathrop A, Blackburn M. Induction of labor: update and review. J Midwifery Womens Health. 2014 Nov-Dec;59(6):606-15. DOI:10.1111/jmwh.12255.
53. Zhang H-Y, Shu R, Zhao N-N, Lu Y-J, Chen M, Li Y-X, Wu J-Q, Huang L-H, Guo X-L, Yang Y-H, Zhang X-L, Zhou X-Y, Guo R-F, Li J, Cai W-Z. Comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position. International Journal of Nursing Sciences. 2016;3(2):178-184.
54. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.pub2.
55. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour, Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 22;(7):CD000330. DOI:10.1002/14651858.CD000330.pub4.
56. Irvani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015; 20(3):293-303.
57. Pretchl, HF. The optimality concept. Early Human Devlopment. 1980;4(3):201-205.
58. Wiegers, TA, Keirse MJ, Berghs GA, Van Der Zee J. An approach to measuring quality of midwifery care. Journal Of Clinical Epidemiology. 1996;49(3):319-325.
59. American Collage of Nurse-Midwives Measuring Outcomes of Midwifery Care: The Optimality Index-US [Internet]. [Erişim Tarihi:18 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <https://www.midwife.org/Optimality-Index-US>
60. Sheridan M, Sandall J. Measuring the best outcome fort he least intervention: can the optimality index-us be applied in the UK, Midwifery. 2010;26, E9-E15.

61. Thompson SM, Nieuwenhuijze MJ, Budé L, Vries R, Low LK. Creating an optimality index – Netherlands: a validation study. *Bmc Pregnancy And Childbirth*. 2018;18:100.
62. Sten J. Feasibility of the OI-FI to measure the process and outcome of the finnish maternity care: a comparison between Finns and migrant women of Russian, Kurdish, and Somali origin. [Master's Thesis]. University of Tampere Faculty Of Social Sciences;2017.
63. Yücel Ç. Perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan Optimalite İndeksi-United States (US)'in Türkçe'ye uyarlanması [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
64. Gonzales FA, Le HN, Perry DF. Using an Optimality Index to understand perinatal health disparities: A pilot study with Latina immigrants. *J Transcult Nurs*. 2014;25(3):265-72.
65. Romano AM. Obstetric and perinatal outcomes of a professional midwifery service in Guatemala: a retrospective cohort study measuring optimality. [Master's Thesis]. Yale University School of Nursing; 2004.
66. Hermus MAA, Hitzert M, Boesveld IC, Akker-van Marle ME, Dommelen P, Franx A, Graaf JP, Lith JMM, Luurssen-Masurel N, Steegers EAP, Wiegers TA, Pal-de Bruin KM. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open* 2017;7:e016958.
67. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;5(2):61-69.
68. Köse E. Tıp akademisyenlerinin kanıta dayalı bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışları: Hacettepe Üniversitesi Örneği. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi;2011.
69. Hemşirelik Yönetmeliği [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi:08 Temmuz 2019]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>.
70. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *F.N. Hem. Derg*, 2016;24(1):59-65.
71. Özer EK, Çakmak S, Kapucu S, Koç M, Kahveci R. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;4(2):1-12.
72. Yurtsever S, Altıok M. Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. *F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi*. 2006; 20(2),159-166.

73. Öztürk D, Yılmaz Sezer N, Eroğlu K. Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.2014;3(1-2-3):13-28.
74. Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; jinekoloji servisi örneği. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal). 2008;30(4):242-249.
75. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi. Mayıs 2013;14:69-75.
76. Cerit B. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016;27–36.
77. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget Bn FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariant analysis of maternal satisfaction. Midwifery. 2016;41:68-78. DOI: 10.1016/j.midw.2016.08.003.
78. Karaçam Z. Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(2):56-62.
79. Yılmaz E, Nazik F. Annelerin doğumu algılayışı ile hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişki. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2018;15(2):52-56.
80. Oksay A. Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek?. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;8(14):181-192.
81. Gürsöz H, Adil M, Öztürk A, Tarhan D, Aksoy H, Gündüz Ş, Kayral İH, Dilmaç E, Özbay H, Zergeroğlu S, Akın M, Karadayı B, Tekin K, Sarı A, Yıldız MS, Avcı B. Türkiye klinik kalite programı; sağlık hizmet sunucuları, hasta ve hasta yakınlarının kalite algısı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2018;14(2):73-86.
82. Karahan M, Çadircı A. Hizmet kalitesi algısının müşteri memnuniyeti açısından değerlendirilmesi: Elazığ ilinde bir uygulama. Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi. 2016; III(2):57-73.
83. Büber R, Başer H. Sağlık işletmelerinde müşteri memnuniyeti: vakıf üniversitesi hastanesinde bir uygulama. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2012;4(1):265-274.
84. T.C. Sağlık Bakanlığı Memnuniyet anketleri ve uygulama usul ve esasları [Internet]. [Erişim Tarihi: 15 Haziran 2019]. Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ilperf/belge/memnuniyet_anketleri.pdf

85. Taşlıyan M, Akyüz M. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde bir alan çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2010;12(19):61-66.
86. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;14(1):67-88.
87. Gashaye KT, Tsegaye AT, Shiferaw G, Worku AG, Abebe SM. Client satisfaction with existing labor and delivery care and associated factors among mothers who gave birth in university of gondar teaching hospital; northwest ethiopia: institution based cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210693>
88. Bossano CM, Townsend KM, Walton AC, Blomquist JL, Handa VL. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(3):342.e1-342.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.027.
89. Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women, *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):114. DOI:10.1186/s12884-016-0903-2.
90. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. March/April 2017;62(2):196-203. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>.
91. Kurniati FD, Lusmilasari L, Mulatsih S. Patient satisfaction and its relationship with the quality of comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in the general hospital of panembahan senopati bantul. *Belitung Nursing Journal*. 2017;3(4):443-449.
92. Özkan SA, Bal MD. Maternal satisfaction in normal and caesarean birth: a cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences*. January-April 2019;12(1):408-415.
93. Yaldır IA, Coban A. Maternal satisfaction in the early period after birth. *J.M.B.* nr. 1. 2018:50-56.
94. Koç Ö, Özkan H. The relationship between childbirth satisfaction and motherhood role. *International Journal of Health Sciences* September. 2018;6(3):8-15.
95. Doğan YM, Kömürcü N. Perinatal hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şemalarının geliştirilmesi ve kliniğe uyarlanması, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2015;46(2):51-58.

96. Çıtak NB, Coşkun DP. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.2010;3(3):80-87.
97. Güngör İ. Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2009.
98. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik – güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2010.



8. EKLER

Ek-1: Tanıtıcı Bilgiler Formu

Değerli katılımcılar,

“Bir Üniversite Hastanesinde Verilen Perinatal Bakım Uygulamalarının Ve Annelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Belirlenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma; sağlık personeli tarafından doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde verilen bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde kanıta dayalı bakım uygulamalarının kullanımı, annenin doğumdan memnuniyetinin artırılması ve anne ve bebek sağlığının yükseltilmesine yönelik öneriler geliştirilmesi planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz üç bölümden oluşmaktadır. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım uygulamalarına yönelik soruların yer aldığı iki bölüm, dosya ve hastane bilgi sisteminde yer alan size ait veriler kullanılarak araştırma ekibi tarafından doldurulacaktır. Dosyanızda ya da hastane bilgi sisteminde yer almayan veriler, araştırma ekibi tarafından size sorularak tamamlanacaktır. **“Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği”** sizin tarafınızdan doldurulacaktır. Bu ölçeği yanıtlamanız **20 dakikanızı** alacaktır. Bu ölçekte, her bir madde için yanıtlarınızı “Katılmıyorum”, “Kısmen Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde verebilirsiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Telefon: 0312 305 15 80

Hemşire Ayçin ÇİFÇİ

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi
Telefon: 0312 305 18 20

Araştırma Ekibi

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL
Hemşire Ayçin ÇİFÇİ

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

VAKA NO:

Doğum Şekli:

Taburculuk Tarihi:

Bu form, Optimalite İndeksi-TR maddelerinin kodlanması için kullanılacak verilerin elde edileceği kaynağa göre üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yer alan 34 soru, hasta dosyası veya hastane bilgi sisteminden, ikinci bölümde yer alan 8 soru anneden ve üçüncü bölümde yer alan 8 soru doğum salonunda çalışan sağlık personelinin elde edilecek verileri içermektedir.

A. HASTA DOSYASI VE HASTANE BİLGİ SİSTEMİNDEN ELDE EDİLECEK VERİLER

1. Yaşadığı şehir:

2. Yaşadığı bölge: Kırsal ☐ Kentsel ☐

3. Eğitim düzeyi

☐ Okuryazar

☐ İlköğretim mezunu (8 yıllık temel öğretim)

☐ İlkokul mezunu

☐ Üniversite mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Yüksek Lisans mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Doktora mezunu

4. Yaşı:

5. Medeni durumu: Evli ☐ Bekar ☐ Diğer ☐ (.....)

6. Sağlık sigortası: Var ☐ Yok ☐

7. Kronik hastalık: Var ☐ (Belirtiniz)

Yok ☐

8. Aşağıda yer alan bilgileri doldurunuz.

Gebelik Sayısı	Termde Gebelik Sayısı	Preterm Doğan İnfant Sayısı	Abortus Sayısı	D&C Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı

-Aşağıda yer alan 9-26. soruları şimdiki gebelik/doğumu dikkate alarak cevaplayınız.

9. Gebelik komplikasyonu: Yaşandı ☐ (Belirtiniz) Yaşanmadı ☐

10. Prenatal bakıma başlama zamanı ve sayısı:

11. Gebe kaldıktan sonra kullanılan ilacın/ilaçların adı:

12. Membranların açılma zamanı (Tarih ve saat olarak belirtiniz):

13. Amniyotik sıvının rengi:

14. Yapılan ilk vajinal muayene zamanı (Tarih ve saat olarak belirtiniz):

15. Doğum yapma zamanı (Tarih ve saat olarak belirtiniz):

16. Aşağıda yer alan müdahalelerin uygulanma durumunu belirtiniz.

Müdahaleler	Uygulandı	Uygulanmadı
Amniyosentez ya da koryonik villüs örnekleme		
NST, CST ya da biyofiziksel profil testi		
Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu		
Amniyotomi		
Epidural Analjezi		
Vakum/forseps		
Epizyotomi		
Kan ve kan ürünleri transfüzyonu		

17. Doğumun 1. ya da 2. evresinde uygulanan ilacın/ilaçların adı:

18. Doğumun 3. evresinde uygulanan ilacın/ilaçların adı:

19. Doğum sonu dönemde reçete edilen ilaç/ilaçların adı:

20. Doğum daha önceden planlanan yerde gerçekleşti: Evet ☐ Hayır ☐

21. Fetal presentasyon:

22. Plasentanın ayrılma şekli: Spontan ☐ Müdahale ile ☐

23. Doğum sonu kanama: Gelişti ☐ Gelişmedi ☐

24. İntrapartum komplikasyon: Gelişti ☐ (Belirtiniz) Gelişmedi ☐

25. Doğum sonu dönemde 38 °C ya da daha yüksek ateş: Görüldü ☐ Görülmedi ☐

26. Doğum sonu dönemde enfeksiyon ya da tıbbi sorun: Görüldü ☐ Görülmedi ☐

-Aşağıda Yer Alan 27-34. Soruları Yenidoğanı Dikkate Alarak Cevaplayınız.

27. Gebelik haftası:

28. Doğum kilosu:

29. 5. dakika Apgar skoru:

30. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi: Transfer edildi ☐ Transfer edilmedi ☐

31. Konjenital anomali: Var ☐ Yok ☐

32. Doğum travması ya da tıbbi sorun: Gelişti ☐ (Belirtiniz) Gelişmedi ☐

33. Taburcu olana kadar beslenme şekli: Anne sütü ☐ Mama ☐

34. Perinatal Ölüm: Gelişti ☐ Gelişmedi ☐

B. ANNEDEN ELDE EDİLECEK VERİLER

1. Aile tipi: Geniş ☐ Çekirdek ☐

2. Akraba evliliği: Var ☐ Yok ☐

3. Gebe kaldıktan sonra sigara içtiniz mi veya pasif sigara dumanına maruz kaldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

4. Gebe kaldıktan sonra alkol kullandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

5. Gebe kaldıktan sonra uyuşturucu madde kullandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

6. Gebelik öncesi: Ağırlığı: () kg Boy: () m

Gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ):....

$$BKİ = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{Boy (m)}^2}$$

7. Önceki gebeliklerinizde gebeliğe bağlı herhangi bir sorun yaşadınız mı?

Sorunlar	Yaşandı	Yaşanmadı
Gestasyonel Diyabet		
İntrauterin fetal kayıp (20. gebelik haftasından önceki)		
Plasenta previa		
Ablasyo plasenta		
Ciddi preeklampsi/eklampsi		
Piyelonefrit		
Rh uyuşmazlığı		

8. Daha önceki doğumlara yönelik bilgiler

Çocuklar	Yıl	Doğum Şekli	Doğum Haftası	Yenidoğanın Ağırlığı	Komplikasyon

C. SAĞLIK PERSONELİNDEN ELDE EDİLECEK VERİLER

1. Doğum eyleminde fetal monitorizasyon şekli: Aralıklı ☐ Sürekli ☐
2. Fetal kalp hızı anormallikleri: Görüldü ☐ Görülmedi ☐
3. Doğumda destek veren kişi (sağlık ekibi dışında): Var ☐ Yok ☐
4. Doğumda spontan ıkınma: Var ☐ Yok ☐
5. Doğumda kullanılan pozisyon: Sırtüstü ☐ Diğer ☐ (Belirtiniz)
6. Perinede sütur gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon: Gelişti ☐ Gelişmedi ☐
7. Perinede 3. ya da 4. derece laserasyon: Gelişti ☐ Gelişmedi ☐
8. Anne ve yenidoğan arasında ten teması: Yapıldı ☐ Yapılmadı ☐

Ek-2: Optimalite İndeksi Vaka Rapor Formu

GENEL KODLAR: 0 = Hayır 1 = Evet 7 = Geçerli Değil

8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayacak ve toplanmayacak olan veri)

9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)

PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ (PÖİ)

Temel Özellikler	Doğum Sayısı (Parite)	Primiparite	Multiparite
1. Evli olmak/partneri olmak	0	1	0 1
2. Doğru dışında bir bölgede yaşıyor olmak	0	1	0 1
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	0	1	0 1
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	0	1	0 1
5. Sağlık sigortasına sahip olmak	0	1	0 1
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş ve/veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	0	1	0 1
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	0	1	0 1
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olma	0	1	0 1
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	0	1	0 1
10. Şimdiki gebelik sırasında 18- 35 arası yaşta olmak	0	1	0 1
11. Kronik hastalık öyküsüne sahip olmamak : Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II-IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma	0	1	0 1

Temel Özellikler	Doğum Sayısı (Parite)	Primiparite	Multiparite
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak			0 1
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak			0 1
14. Preterm doğum öyküsüne <u>sahip olmamak</u>			0 1
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne <u>sahip olmamak</u>			0 1
16. Sezaryen doğum öyküsüne <u>sahip olmamak</u>			0 1
17. 2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üstünde doğan bebek öyküsüne <u>sahip olmamak</u>			0 1
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne <u>sahip olmamak</u> : Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp (20 haftanın altındaki gebelik kayıpları), plasenta previa, ablasyo plasenta, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı			0 1
PÖİ PAYDA			

PÖİ HESAPLAMA	1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)	Değerlendirilen madde sayısı (Payda) / ____
PÖİ %		%

OPTİMALİTE İNDEKSİ (OI)		
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM		
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler		
19. İntrauterin fetal kayıp yaşamadı.	0	1
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmadı.	0	1
21. Gebelik komplikasyonu yaşamadı: tedaviye cevap vermeyen anemi (<i>herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması</i>), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (<i>hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma</i>), çoğul gebelik, plasenta previa, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama	0	1
22. Yeterli prenatal bakım aldı: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	0	1
23. Amniyosentez ya da koryonik villus örneklemesi yapılmadı.	0	1
24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil yapılmadı.	0	1
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.	0	1
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.	0	1

DOĞUM							
Doğum eyleminin 1-4. evrelerinde kadının sağlık durumu							
Şekli Özellikler	Doğum	Planlı Sezaryen	Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen	Doğum Eyleminin 2. Evresinde Sezaryen	Vajinal Doğum		
7= fetal kayıp <20 hafta 9= eksik veri							
27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.			0	1	0	1	1
28. Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulanmadı.			0	1	0	1	1
29. Amniyotomi yapılmadı.			0	1	0	1	1
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapılmadı.			0	1	0	1	1
31. Doğumda epidural analjezi kullanılmadı.			0	1	0	1	1
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı (Sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce).			0	1	0	1	1
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi (uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non reaktif NST, fetal taşikardi).			0	1	0	1	1
34. Doğumda destek veren kişi vardı (sağlık ekibi dışında)			0	1	0	1	1
35. Spontan olarak ikindi.					0	1	1
36. Doğum daha önceden belirlenen yerde gerçekleşti.			0	1	0	1	1
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.					0	1	1
38. Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti (forseps ya da vakum kullanılmadı).					0	1	1

YENİDOĞAN Taburcu edilirken yenidoğanın sağlık durumu (72 saate kadar)			
39. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.	0	1	1
40. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.	0	1	1
41. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.	0	1	1
42. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer edilmedi.	0	1	1
43. Konjenital anomali gözlenmedi.	0	1	1
44. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar gözlenmedi (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama, nekrotizan enterekolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyumsuzluğu, konvulsiyon, sepsis)	0	1	1
45. Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.	0	1	1
46. Perinatal ölüm görülmedi.	0	1	1

DOĞUM SONU DÖNEM			
Annenin sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)			
47. Anne hastanede iken ateş görülmedi (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı konulmadı : sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematom, derin ven trombozu	0	1	
48. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmadı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç)	0	1	
49. 60. Maternal ölüm görülmedi .	0	1	
OI HESAPLAMA	1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)	Değerlendirilen madde sayısı (Payda)	
OI %		/ ____	____ %

Ek-3: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum)

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

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

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

Ek-4: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Sezaryen Doğum)

	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşirelerin sayısı yeterlidir.					
2. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar.					
3. Doğumumda görev alan doktor ve hemşireler aileme iyi davrandılar.					
4. Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum.					
5. Sezaryen için ameliyathaneye planlanan saatte bekletilmeden alındım.					
6. Sezaryene hazırlanmam için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.					
7. Sezaryenden önce gereksinimlerimi karşılamak için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.					
8. Sezaryenden önce herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu.					
9. Sezaryenden önce stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini istedim.					
10. Sezaryenden önce ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini istedim.					
11. Sezaryenden önce hangi doktor ve ebe/hemşirenin benimle ilgileneceğini biliyordum.					
12. Sezaryenden önce yapılan/ yapılacak tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.					
13. Sezaryenden önce yapılan/ yapılacak tüm gerekli işlemler hakkında eşime/aileme bilgi verildi.					

14. Sezaryenden önce doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.					
15. Sezaryenden önce doktorlar ve hemşireler sezaryen ile ilgili her şeyi bana açıkladılar.					
16. Sezaryenden önce doktorlar ve hemşireler sezaryen ile ilgili her şeyi aileme açıkladılar.					
17. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayımı aldılar.					
18. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde eşimin/ailemin onayı alındı.					
19. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken kucağıma alabilmeyi sterdim.					
20. Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini isterdim.					
21. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi isterdim.					
22. Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç vb.) yapılabilirdi.					
23. Doğumdan sonraki dönemde hemşireler gereksinimlerimi yeterince karşıladı.					
24. Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.					
25. Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.					
26. Hemşireler bebeği emzirmeme/ beslenmeme yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.					
27. Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.					
28. Sezaryene hazırlık sırasında kaldığım oda ihtiyaçlarımın karşılanması için uygun ve temiz bir yerdı.					

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

Ek-5: Optimalite İndeksi – TR

OPTİMALİTE İNDEKSİ – TR Perinatal Özgeçmiş İndeksi Optimalite İndeksi Patricia A. Murphy, Dr.P.H., CNM Judith T. Fullerton, Ph.D., CNM, FACNM Ağustos 2011						
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
KANIT DÜZEYİ						
I (Pozitif): Optimal sonucun yararını gösteren en az bir randomize klinik denemeden elde edilmiş kanıt VE/VEYA epidemiyolojik ve toplumsal açıdan maliyet/fayda oranının optimal sonucu desteklediğini gösteren ikna edici ve güçlü kanıtın varlığı. I (Negatif): Optimal olmayan sonucun olumsuz etkisini kanıtlayan en az bir randomize klinik denemeden elde edilmiş kanıt VE/VEYA epidemiyolojik ve toplumsal açıdan optimal olmayan sonuçların geniş çaplı olumsuz etkilerinin olduğunu gösteren ikna edici ve güçlü kanıtın varlığı. II (Pozitif): Randomize olmayan en az bir klinik deneme; kohort veya vaka kontrollü olmayan deneylerden elde edilen çarpıcı sonuçlar, VE/VEYA maliyet/fayda oranının optimal sonuç yapılmış; çoklu zaman serileri; veya kontrollü olmayan deneylerden elde edilen çarpıcı sonuçlar, VE/VEYA maliyet/fayda oranının optimal sonuç olduğunu destekleyen “bir komplikasyon yoksa hastaya müdahale edilmemesi” yönündeki ebelik felsefesine temellendirilmiş fikir birliği. II (Negatif): Randomize olmayan en az bir klinik deneme; kohort veya vaka kontrollü analitik çalışmalar (tercihan 1’den fazla merkez tarafından yapılmış); çoklu zaman serileri; veya kontrollü olmayan deneylerden elde edilen çarpıcı sonuçlar, VE/VEYA epidemiyolojik ve toplumsal açıdan optimal olmayan sonuçların geniş çaplı olumsuz etkilerinin olduğunu gösteren “bir komplikasyon yoksa hastaya müdahale edilmemesi” yönündeki ebelik felsefesine temellendirilmiş profesyonel fikir birliği. III Klinik tecrübeye, tanımlayıcı çalışmalara veya uzman kurulların raporlarına dayanan alanda uzman kişilerin düşüncelerine temellendirilmiş kanıt.						
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
						III

OPTİMALİTE İNDEKSİ - TR Perinatal Özgeçmiş İndeksi Optimalite İndeksi Patricia A. Murphy, Dr.P.H., CNM Judith T. Fullerton, Ph.D., CNM, FACNM Ağustos 2011						
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			III
			I Poz	I Neg	II Poz	
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ						
Sosyal ve Tıbbi Geçmiş						
1. Medeni Durum	Evli ya da partneri olma	Auger et al., 2008			X	
		Beeckman et al., 2009				X
		Havens et al., 2009				X
		Hohmann-Marriott, 2009				X
		Kieman&Pickett, 2006				X
		Luo et al., 2004			X	
		Lutgendorf et al., 2009				X
		Raatikainen et al., 2005				X
2. Yaşadığı bölge (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Batı, güney, orta ya da kuzey bölgesi	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X		
3. Türkçe konuşabiliyor olma	Evet	Akın ve Özvarış, 1998		X		
4. Eğitim düzeyi	Lise ve üzeri	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X		
5. Sağlık güvencesi	Var	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X		
6. Sigara kullanımı (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Aagaard-Tillery et al., 2008			X	
		Cornelius & Day, 2009				X
		Delpisheh et al., 2008			X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Johansson et al., 2009				X	
		Malik et al., 2008				X	
		Nabet et al., 2005				X	
		Rogers, 2009					X
		Usta et al., 2005				X	
		Wisborg et al., 2001				X	
7. Alkol kullanımı	Yok	Aliyu et al., 2008				X	
		Burd et al., 2007					X
		Floyd et al., 2009					X
		Henriksen et al., 2004				X	
		Jaddoe et al., 2007				X	
		Maconochie et al., 2007				X	
		Sen & Swaminathan, 2007				X	
		Standberg-Larsen et al., 2008				X	
		Standberg-Larsen et al., 2009				X	
8. Madde kullanımı (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Arlettaz et al., 2005				X	
		Bada et al., 2007				X	
		Dryden C et al., 2009				X	
		El Marroun et al., 2009				X	
		Forrester & Merz, 2007				X	
		Ogunyemi & Hernandez-Loera, 2004				X	
		Pinto et al., 2010				X	
		Pulsifer et al., 2008				X	
		Richardson et al., 2007				X	
		Smith et al., 2006				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
		Wolfe et al., 2005				X
9. Gebelik öncesi beden kitle indeksi (Kullanıcı Rehberine bakınız)	18.5 – 24.9 arası	Cedergren, 2009				X
		Chu et al., 2009				X
		Davies et al., 2010				X
		Frederick et al., 2008				X
		Kristensen et al., 2005				X
		Rodriguez, 2010				X
		Torloni et al., 2009	X			
		Torloni et al., 2009	X			
10. Yaş	18-35	Cleary-Goldman et al., 2005				X
		Delpisheh et al., 2008				X
		McIntyre et al., 2009				X
		Phipps et al., 2002				X
		Salihu et al., 2008				X
		Usta & Nassar, 2008				X
		Wilson et al., 2008				X
11. Daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık	Yok					
• Hipertansiyon		Abalos et al., 2007	X			
		Chappell et al., 2008		X		
		Gilbert et al., 2007				X
		Ray et al., 2001				X
		Zetterström et al., 2006				X
• Kronik böbrek hastalığı		Fischer et al., 2004				X
		Imbasciati et al., 2009			X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Piccoli, Attini et al., 2010			X		
		Piccoli, Conijin et al., 2010				X	
• Diyabet (gestasyonel olmayan)		Allen et al., 2007					X
		Balsells et al., 2009				X	
		Kitzmilller et al., 2008					X
		Lapolla et al., 2008					X
		Melamed et al., 2008				X	
		Persson et al., 2009				X	
		Peticca et al., 2009				X	
		Shand et al., 2008				X	
		Temple et al., 2006				X	
• Kalp hastalığı sınıf II-IV		Chalupczak et al., 2004				X	
		Sidlik et al., 2007				X	
		Siu et al., 2001			X		
		Siu et al., 2002				X	
		Stangl et al., 2008				X	
		Thanajiraprapa & Phupong, 2009					X
• HIV antikor pozitif		Aebi-Popp et al., 2010				X	
		Haeri et al., 2009				X	
		Massad et al., 2004			X		
		Sturt et al., 2010		X			
		Volmink et al., 2010		X			
		Watts et al., 2009				X	
• Önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)		Harlow et al., 2007				X	
		Hizkiyahu et al., 2010				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Howard et al., 2003				X	
		Lee & Lin, 2010				X	
		Lin et al., 2010				X	
		MacCabe et al., 2007				X	
		Schneid-Kofman et al., 2008				X	
12. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre >24 ay	Evet	Cecatti et al., 2008				X	
		Conde-Agudelo et al, 2006		X			
		Conde-Agudelo et al., 2007		X			
		Johnson et al., 2008				X	
		Kauppila et al., 2009				X	
		Stamilio et al., 2007				X	
		Zhu & Le, 2003			X		
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma	Evet	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Ettitleri Enstitüsü, 2010		X			
14. Önceki preterm doğum < 37 hafta	Yok	Auger et al., 2008			X		
		Beeckman et al., 2009				X	
		Boyd et al., 2009				X	
		Esplin et al., 2008				X	
		Goldenberg et al., 2008					X
		Plunkett et al., 2008				X	
		Plunkett & Buglia, 2008					X
		Sciscione et al., 2008				X	
		Smith et al., 2007				X	
		Surkan, 2004			X		
15. Önceki intrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı)	Yok	Black et al., 2008			X		

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
		Kovac et al., 2010				X
		Menezes, 2009		X		
		Menezes, Yakoob, et al., 2009		X		
		Rasmussen et al., 2009				X
		Said et al., 2010				X
		Sharma et al., 2006			X	
		Sharma et al., 2007				X
		Algert et al, 2008				X
16. Önceki sezaryen doğum	Yok	Daltveit et al., 2008				X
		Galyean et al., 2009				X
		Getahun et al., 2006				X
		Gray et al., 2007				X
		Grobman et al., 2009				X
		Hansen et al, 2008				X
		Kennare et al., 2007				X
		Knight et al., 2008				X
		Macones et al., 2005				X
		Richter et al. 2007				X
		Silver et al., 2006				X
		Villar et al., 2007				X
		Wu et al., 2005				X
		Yang et al., 2007				X
17. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr'ın üzerinde bebek doğumu	Yok	Getahun et al., 2007				X
		Lykke et al., 2010				X
		Oron et al., 2001			X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Smith & Shah, 2007				X	
		Surkan et al., 2004				X	
18. Öyküsünde var olan diğer ciddi gebelik komplikasyonları	Yok	Alwan et al., 2009	X				
• Gestasyonel diyabet		Golden et al., 2009	X				
		Holmes et al., 2010				X	
		Kwak et al., 2008				X	
		Vambergue et al., 2007				X	
• İntrauterin fetal kayıp		Black et al., 2008			X		
		Measey et al., 2009			X		
		Sharma et al., 2007			X		
• Plasenta previa		Grobman et al., 2007				X	
		Lone et al., 2010				X	
		Yang et al., 2009				X	
• Ciddi preeklamsi		Brown et al., 2007				X	
		Lykke et al., 2009				X	
		McDonald et al., 2009				X	
		Rasmussen et al., 2009				X	
• Eklamsi		Gaugler-Senden et al., 2008				X	
		Lykke et al., 2009				X	
		Tang et al., 2009				X	
		Zhang et al., 2001				X	
• Piyelonefrit		Hill et al., 2005				X	
		Luders et al., 2010				X	
		Scholes et al., 2005				X	
• Rh uyumsuzluğu		Cotter et al., 2005					X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
		Crowther & Middleton, 2003			X	
		Koelewijn et al., 2009				X
		Lobato & Soncini, 2008				X
		Schonewille et al., 2007				X
OPTİMALİTE İNDEKSİ						
Şimdiki Gebelik İle İlgili Tam ve Tedaviye Yönelik Göstergeler						
19. İntrauterin fetal kayıp	Yok	Black et al., 2008				X
		Froen et al., 2004				X
		Magann et al., 2001				X
		Measey et al., 2009				X
		Menezes, 2009				X
		Sundby & Vangen, 2009				X
20. Aile içi şiddet (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Boy & Salihu, 2004.				X
		Kaye et al., 2006				X
		Kiely et al., 2010	X			
		Rosen et al., 2007				X
		Sharps et al., 2007				X
		Silverman et al., 2006				X
21. Diğer ciddi gebelik komplikasyonları (şimdiki gebelik)	Yok	Brabin et al., 2001				X
• Tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması)		Kidanto, 2009				X
		Lone et al., 2004				X
		Rasmussen, 2001				X
		Reveiz, 2007				X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
		Scanlon et al., 2000				X
		Sloan et al., 2002		X		
• Gebelikte teşhis edilen diyabet		Crowther et al., 2005		X		
		Langer et al., 2005				X
		Metzger et al., 2008			X	
		Moore et al., 2002				X
		Yang et al., 2002				X
• Önemli psikiyatrik öykü (teşhis edilmiş ya da hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)		Jablensky et al, 2005				X
		Webb, 2008				X
		Wisner, 2009				X
• Çoğul gebelik		Conde-Aguedelo et al., 2000				X
		Ortibus, 2009				X
		Tang et al., 2006				X
• Plasenta previa		Bahar et al., 2009				X
		Getahun et al., 2004				X
		Madan et al., 2010				X
		Sheiner et al., 2001			X	
• Preeklamps / eklamps		Tang et al., 2009				X
		Villar et al., 2006				X
		Xiao et al., 2003				X
• Piyelonefrit		Archabald et al., 2009				X
		Foxman, 2002			X	
		Hill et al., 2005				X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
• Rh uyumsuzluğu		Ben-David et al., 2008				X	
		Crowther, 2003	X				
• Plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama		Harlev et al., 2008				X	
		Koifman et al., 2008				X	
22. Doğum öncesi bakım: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	Evet	Carrolli et al., 2001	X				
		Herbst et al., 2003				X	
		Raatikainen et al., 2007				X	
		Villar et al., 2001	X				
23. Amniyosentez	Yapılmadı	Alfirevic, 2003		X			
		Alfirevic et al., 2003		X			
		Cederholm et al., 2003				X	
		Cederholm et al., 2005				X	
		Eddleman et al., 2006			X		
		Grobman et al., 2009				X	
24. Nonstres test/kontraksiyon stres testi/ biyofizik profil	Yapılmadı	Alfirevic & Neilson, 2003		X			
25. İlaç kullanımı (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Grivell et al., 2009		X			
		Briggs et al., 2002					X
		Shaw et al., 2004				X	
Doğum							
26. Membranların açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre	<24 saat	ACOG, 2002					X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Ezra et al., 2004			X		
		Flenady & King, 2003		X			
27. Amniyotik sıvı	Berrak	Bhat & Rao, 2008					X
		Liu et al., 2005				X	
		Locatelli et al., 2005			X		
		Tran et al., 2003					X
		Wong et al., 2002					X
		Xu et al., 2009					X
		Ziadeh & Sunna, 2000					X
28. İndüksiyon/augmentasyon (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Ben-Haroush et al., 2004					X
		Caughey et al., 2009	X				
		Cammu et al., 2002					X
		Elsedeek et al., 2009		X			
		Glantz, 2010					X
		Heinemann et al., 2008		X			
		Lin & Raynor, 2004					X
29. Amniyotomi	Yapılmadı	Smyth, 2007		X			
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral ya da enjeksiyon (IM-IV) yoluyla verilen ilaç	Hayır	Elbourne et al., 2003	X				
		Hill et al., 2003		X			
31. Eylem ve/veya doğum için epidural analjezi	Uygulanmadı	Abrao et al., 2009		X			
		Anim-Somuah et al., 2005		X			
		Beilin et al., 2005		X			
		Decca et al., 2004					X
		Howell, 2003		X			

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ					
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III	
		Howell et al., 2002		X				
		Jain et al., 2003		X				
		Nystedt et al., 2004				X		
		O'Connell et al., 2003				X		
		Reynolds et al., 2002		X				
		Volmanen et al., 2004				X		
		Bailey, 2007		X				
32. Eylem süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) yerine fetoskop, doppler ya da aralıklı EFM kullanımı	Evet							
		Gourounti & Sandall, 2007		X				
		Kassanos et al., 2003			X			
		Natale & Dodman, 2003						X
		Sisco et al., 2009						X
		Thacker et al., 2003		X				
		Williams et al., 2003	X					
		Althaus et al., 2005				X		
33. Fetal kalp atım hızında anormallik (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Görülmüdi							
		Haydon et al., 2006				X		
		Lama et al., 2007				X		
		Ridgeway et al., 2004				X		
		Williams & Galerneau, 2002				X		
34. Doğum eylemi sırasında sağlık ekibi dışında destek veren kişinin varlığı	Var	Campbell et al., 2007	X					
		Hodnett, 2003	X					
		Hodnett et al., 2007						
		McGrath & Kendall, 2008	X					

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
35. Spontan ıkmama	Var	Bloom et al., 2005	X				
		Hanson et al., 2002	X				
		Roberts, 2002					X
		Schaffer et al., 2005	X				
		Simpson & James, 2005	X				
		Wong et al., 2003		X			
36. Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme durumu	Evet	Olsen & Jewell, 2003	X				
		Sheiner, Shohan-Vardi, et al., 2002				X	
37. Doğumda sırtüstü olmayan pozisyon kullanımı	Evet	De Jonge et al., 2004	X				
		Gupta et al., 2006	X				
		Lawrence et al., 2009	X				
		Soong & Barnes, 2005			X		
		Terry et al., 2006			X		
38. Doğumdaki prezentasyon	Baş	Stitely & Gherman, 2005			X		
39. Müdahaleli vajinal doğum (Forseps ya da vakum ile doğum)	Yok	Demissie et al., 2004					X
		O'Mahony et al., 2010	X				
40. Sezaryen doğum	Yok	Bodner et al., 2011					X
		Declercq et al., 2007			X		
		Dodd et al. 2004					X
41. Epizyotomi	Uygulanmadı	Carroli & Mignini, 2009	X				
		Hartmann et al., 2005				X	
		Viswanathan et al., 2005			X		
		Youseff et al., 2005			X		

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RISK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
42. Perinide ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulkus ve servikal laserasyonları da içeren)	Yok	Lai et al., 2009			X	
43. Epizyotominin ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Yok	Fernando et al., 2006	X			
		Fleming et al., 2003		X		
		Lundquist et al., 2000	X			
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulama (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	Yok	McDonald et al., 2002	X			
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması	Yapıldı	Anderson et al., 2003	X			
		Carfoot et al. 2003	X			
		Charpak et al., 2001	X			
		Conde-Agudelo et al., 2003	X			
		Moore et al., 2007	X			
		Rojas et al., 2003	X			
46. Plasenta retansiyonu (≥ 30 dk)	Yok	Sosa et al., 2009				X
47. Doğum sonu kanama (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Al-Zirqi et al., 2008				X
48. Kan transfüzyonu	Yapılmadı	Bateman et al., 2010				X
49. Doğum sürecinde meydana gelen diğer ciddi komplikasyonlar	Yok	Jansen et al., 2005				X
• Koryoamniyonit		Aziz et al., 2009				X
		Blume et al., 2008				X
		Botet et al., 2010				X
		Holzman et al., 2007				X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ					
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III	
		Soraisham et al., 2009					X	
		Onwuhafua et al., 2007					X	
• Kord prolapsusu		Kahana et al., 2004					X	
• Eklemsi		Duley 2009						X
		Knight, 2007					X	
		Zwart et al., 2008					X	
• Ablasyo plasenta		Ananth & Wilcox, 2001					X	
		Pitaphrom & Sukcharoen, 2006					X	
		Sheiner, Shoham-Vardi, Hadar, et al., 2002					X	
• Doğum sürecinde var olan preeklemsi		Gul et al., 2005					X	
		Yücesoy et al., 2005						X
• Omuz distosisi		Bjørstad et al., 2010					X	
		Rahman et al., 2009					X	
Yenidoğanın Durumu								
50. Gebelik yaşı	37-42 hafta	Erez et al., 2005					X	
		Khashu et al., 2009					X	
		Zhang & Kramer, 2009				X		
51. Doğum ağırlığı	2500-4000 gr	Esakoff et al., 2009					X	
52. 5. dakika apgar skoru	7,8,9 veya 10	AAP and ACOG, 2006						X
		Harrington et al., 2007					X	
		Odd et al., 2008					X	
		Thorngren-Jerneck & Herbst, 2001					X	
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer	Yok	Brady, 2005						X
54. Konjenital anomaliler	Yok	Tennant et al., 2010						X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
55. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Hayır					
• Sepsis dışındaki bakteriyel enfeksiyonlar		Volante et al., 2004				X
• Bronkopulmoner displazi		Christou & Brodsky, 2005				X
• Kalp yetmezliği		Hoch & Netz, 2005				X
• Hipovolemi, hipotansiyon, şok		Dasgupta & Gill, 2003				X
• İntraventriküler kanama		Owens, 2005				X
• Nekrotizan enterokolit		Guner et al., 2008			X	
• Pnömoni		Hoffman et al., 2003			X	
• Persistan pulmoner hipertansiyon		Kinsella & Abman, 1995				X
		Konduri, 2004				X
• Böbrek yetmezliği		Andreoli, 2004				X
• Respiratuvar distres sendromu		Soll, 2005	X			
• Rh uyumsuzluğu		Bussel, 2003				X
• Konvülsiyon		Granelli & McGrath, 2004				X
• Sepsis		Osrin et al., 2004				X
		Schrag & Schuchat, 2005				X
		Vernano et al., 2005				X
56. Emzirme	Evet	Donnelly et al., 2005	X			
		Dyson et al., 2005	X			
		Horvath et al., 2009	X			
		Sadauskaite-Kuehne et al., 2004				X
		Sikorski et al., 2005	X			
		PAHO, 2002				X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RISK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ			
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg
57. Perinatal ölüm (doğum sonrası 72 saate kadar)	Yok	Simhan, 2010				X
Annenin Sağlık Personelinin Bakımından ya da Sağlık Kurumundan Taburecu Edilmeden Önceki Durumu (72 Saate Kadar)						
58. Anne hastanede iken görülen ateş (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı	Yok	Shipp et al., 2003				X
		Smulian et al., 2001				X
• Sistit		Yokoe et al., 2001				X
• Endometrit		Evron et al., 2008				X
		Chaim et al., 2000				X
		French & Smail, 2002	X			
		French, 2003				X
• Hematom		Saleem & Rydhström, 2004				X
• Süturların lokal enfeksiyonu		Normand & Damato, 2001				X
		Yokoe et al., 2004				X
• Mastit		Barbosa-Cesnik et al., 2003				X
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisi (demir ve vitamin, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç)	Yok	Briggs, 2008				X
60. Anne ölümü	Yok	Khan et al., 2006		X		
		Ronsmans et al., 2006				X
		WHO, 2005				X
		WHO, 2006				X

OPTİMALİTE İNDEKSİ – TR

Perinatal Özgeçmiş İndeksi

Optimalite İndeksi

KODLAMA VE SKORLAMA KILAVUZU

Patricia A. Murphy, Dr.P.H., CNM^α

Judith T. Fullerton, Ph.D., CNM^α, FACNM^β

Ağustos 2011

GENEL KODLAR:

0 = Optimal Değil	1 = Optimal	7 = Geçerli Değil
8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayacak ve toplanmayacak olan veri)		
9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)		

0 = Optimal Değil
1 = Optimal
7 = Geçerli Değil

8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayacak ve toplanmayacak olan veri)

9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)

ÖZEL NOTLAR:

- 1) Uygulama kılavuzunun istisna olan durumları kayıt etmeyi önerdiği durumlar olabilir; örneğin, bir maddenin *yalnızca var olduğunda* veya *gözlemlendiğinde* çizeleğe ekleneceği. Veri toplayanlar her zaman sorumlu araştırıcıya danışmalıdır. Veri toplayanlara “eğer [belli bir madde] *not alınmamış* ise, sonuç = optimal” şeklinde bilgilendirme yapılabilir.
- 2) **Çoğul gebelik durumunda**, annenin verileri her bir bebek için tekrar girilmelidir.

1) Uygulama kılavuzunun istisna olan durumları kayıt etmeyi önerdiği durumlar olabilir; örneğin, bir maddenin *yalnızca var olduğunda* veya *gözlemlendiğinde* çizelgeye ekleneceği. Veri toplayanlar her zaman sorumlu araştırıcıya danışmalıdır. Veri toplayanlara “eğer [belli bir madde] *not alınmamış ise*, sonuç = optimal” şeklinde bilgilendirme yapılabilir.

2) **Çoğul gebelik durumunda**, annenin verileri her bir bebek için tekrar girilmelidir.

SKORLAMA:
Pay = “1” (optimal) olarak kodlanan tüm maddelerin toplamı
Payda = “7” (Geçerli Değil) veya “8” (Genel eksik veri) olarak kodlanan tüm maddelerin çıkarılmasının ardından toplam N = 60 optimalite maddesinden geriye kalan

Pay = “1” (optimal) olarak kodlanan tüm maddelerin toplamı

Payda = “7” (Geçerli Değil) veya “8” (Genel eksik veri) olarak kodlanan tüm maddelerin çıkarılmasının ardından toplam N = 60 optimalite maddesinden geriye kalan

İNDEKSİN KULLANILMASI İÇİN GEREKLİ OLAN AZ MADDE SAYISI: OI-TR klinik bir indekstir. Alt ölçüğü bulunmamaktadır. Bununla birlikte; indeks maddeleri, belirli klinik alanlar içinde sıralanmışlardır. Her bir madde “Gerekli” veya “Gereksiz” şeklinde kodlanmaktadır. Aracın geçerli bir şekilde kullanımı YALNIZCA aşağıdaki durumlarda mümkün olmaktadır:

a) Her bir klinik alanda bir veya daha fazla maddenin bulunması (örn.: hiçbir klinik alan bütünüyle eksik olacak şekilde kodlanmamalıdır – kod 8) ve

b) “Gerekli” olarak belirtilen *her maddenin*, genel olarak skorlama için mevcut bulunmaları gerekmektedir (örn.: 7 ve 9 kodları eksik veri için kabul edilebilir nedenlerdir).

SÜREÇ VE SONUÇ DEĞİŞKENLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

Her madde; “Süreç”, “Sonuç”, “Sonuç” veya maddenin ya süreç ya da sonuç ölçümü olarak değerlendirilebileceğini belirten “Süreç/Sonuç” değişkeni olarak kodlanmaktadır. Oİ-TR’yi kullananlar, her bir ölçüm maddesinin niteliğini kendi araştırmaları çerçevesinde anladığından emin olmalıdır.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ			
Sosyal ve Tıbbi Geçmiş			
1. Medeni durumu	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Evli ya da partneri olmak
2. Yaşadığı bölge	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Batı, Güney, Orta ya da Kuzey bölgesinde yaşıyor olma Bölgeler ve İller BATİ: Aydın, Balıkesir, Bursa, Çanakkale, Denizli, Edirne, İstanbul, İzmir, Kırklareli, Kocaeli, Manisa, Muğla, Sakarya, Tekirdağ, Yalova GÜNEY: Adana, Antalya, Burdur, Hatay, Isparta, İçel, K. Maraş, Osmaniye ORTA: Afyon, Amasya, Ankara, Bilecik, Bolu, Çankırı, Çorum, Eskişehir, Kayseri, Kırşehir, Konya, Kütahya, Nevşehir, Niğde, Sivas, Tokat, Uşak, Yozgat, Aksaray, Karaman, Kırıkkale, Düzce KUZEY: Artvin, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Rize, Samsun, Sinop, Trabzon, Zonguldak, Bartın, Karabük DOĞU: Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gaziantep, Hakkari, Kars, Malatya, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Şanlıurfa, Van, Bayburt, Batman, Şırnak, Ardahan, Iğdır, Kilis
3. Türkçe konuşabiliyor olma	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Evet
4. Eğitim düzeyi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olma
5. Sağlık güvencesi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Var
6. Sigara kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebe kalınması takiben hiç sigara içilmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalınmamış (şimdiki gebelik sırasında)
7. Alkol kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebe kalınması takiben hiç alkol kullanılmamış (şimdiki gebelik sırasında)
8. Madde kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebe kalınması takiben hiçbir reçeteli ilaç kötüye kullanılmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanılmamış (şimdiki gebelik sırasında)

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
9. Gebelik öncesi beden kitle indeksi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = 18.5 - 24.9 arası [Dünya Sağlık Örgütü standardı] Beden Kitle İndeksi (BKİ) Hesaplama $BKİ = (Kilo [kg]) / (Boy [metre]^2)$ İnternette birçok BKİ hesaplayıcısı mevcuttur.
10. Yaş	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olma
11. Daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Sağlık öyküsünde bu hastalıkların herhangi birine dair hiçbir kanıt olmaması
- Kronik böbrek hastalığı - Diyabet (gestasyonel olmayan)			
- Kalp hastalığı sınıf II-IV - HIV antikor pozitif - Hipertansiyon - Önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)			
12. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre >24 ay	Süreç	Gereksiz	OPTİMAL = Evet Bir önceki doğum (20-22. gebelik haftasından sonraki canlı ya da ölü doğum) ve şimdiki doğum arasında en az 24 ay vardır. Terapötik ve spontan düşüklere canlı doğum olarak kabul edilmemektedir.
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Evet
14. Önceki preterm doğum < 37 Hafta	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Daha önceki gebeliklerde, 37. haftadan daha önce doğan bebek olmamıştır. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
15. Önceki intrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı)	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Önceki gebeliklerde intrauterin fetal ölüm yaşanmamıştır. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
16. Önceki sezaryen doğum	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Önceki doğumların tümü vajinal yolla gerçekleşmiştir. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
17. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr'ın üzerinde bebek doğumu	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Daha önce doğan bebeklerin ağırlıkları 2500-4000 gr arasındadır. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
18. Öyküsünde var olan diğer ciddi gebelik komplikasyonları	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Önceki gebeliklerde bu komplikasyonların hiçbiri görülmemiştir. Tanım: preeklampsi , tek muayenede 140/90 kan basıncı ve 1+ veya daha yüksek proteinüri değerleri ile tanımlanır VEYA sağlık bakımı veren taraftan belirtilir. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
• Gestasyonel diyabet			
• İntrauterin fetal kayıp (20 haftanın altındaki gebelik kayıpları)			
• Eklemsi			
• Placenta previa			
• Ablasyo plasenta			
• Ciddi preeklampsi			
• Piyelonefrit			
• Rh uyumsuzluğu			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
OPTİMALİTE İNDEKSİ			
Şimdiki Gebelik İle İlgili Tam ve Tedaviye Yönelik Göstergeler			
19. İntrauterin fetal kayıp	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok
20. Aile içi şiddet (ilişki içinde olunan erkek arkadaşı da kapsar)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Tanım: Bir kişinin eşine, çocuklarına, anne babasına, kardeşlerine ve/veya yakın akrabalarına yönelik uyguladığı her türlü saldırgan davranıştır.
21. Diğer ciddi gebelik komplikasyonları (şimdiki gebelik)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Bu komplikasyonların hiçbiri görülmez. Tanım: Anemi , herhangi bir trimesterde, tedavi ile iyileşmeyen Hgb < 10 gr olarak tanımlanır VEYA sağlık bakımı veren tarafından belirtilir. Tanım: preeklamps i, tek muayenede 140/90 kan basıncı ve 1+ veya daha yüksek proteinüri değerleri ile tanımlanır VEYA sağlık bakımı veren tarafından belirtilir.
• Anemi			Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilen hastanın şu anki gebeliği 24 haftadan küçükse , lütfen bu çizelgeyi çalışmanın sorumlu araştırmacısına gösteriniz.
• Gestasyonel diyabet			Veri Toplayanlar İçin Not: Ablasyo placent a doğum sırasında oluşan bir komplikasyon olarak not alınacaktır.
• Önemli psikiyatrik öykü (teşhis edilmiş ya da hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)			Veri Toplayanlar İçin Not: Çizelgede başka sağlık durumu belirtiliyorsa, lütfen araştırmacıya danışınız.
• Çoğul gebelik			
• Plasenta previa			
• Preeklampsi / eklampsi			
• Piyelonefrit			
• Rh uyumsuzluğu			
• Plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
22. Doğum öncesi bakım: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	Süreç	Gerekli Değil	OPTİMAL = İlk muayene 14 haftadan önce; en az 4 muayene
23. Amniyosentez	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yapılmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Koryonik villus örnekleme (CVS) kaydı varsa not edilmelidir.
24. Nonstres test / kontraksiyon stres testi / biyofizik profil	Sonuç	Gerekli Değil	OPTİMAL = Yapılmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Bu işlemlerden herhangi birisinin yapılmış olması, optimal olmayan durumu göstermektedir.
25. İlaç kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebelik sırasında hiç ilaç kullanılmıyor (reçeteli veya reçetesiz). İSTİSNA: Demir ve vitaminler, reçeteli veya reçetesiz olarak alınabilir.
Doğum			
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = < 24 saat
27. Amniyotik sıvı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Berrak
28. İndüksiyon / augmentasyon	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Tanım: Spontan doğumun başlamaması durumunda, doğumu başlatmak (indüksiyon) ve hızlandırmak (augmentasyon) için kullanılan TUM farmakolojik müdahaleler (bitkisel ve homeopatik dahil). Meme ucu stimülasyonu ve membranların sıyrılması dahil değildir . Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe, normal vajinal doğum yerine isteğe bağlı sezaryen doğum yapacaksa ya da tekrarlayan sezaryen olacaksa bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
29. Amniyotomi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yapılmadı

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral veya enjeksiyon (IM veya IV) yoluyla verilen ilaç	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Hayır
31. Eylem ve/veya doğum için epidural analjezi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Uygulanmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe, normal vajinal doğum yerine isteğe bağlı sezaryen doğum yapacaksa ya da tekrarlayan sezaryen olacaksa bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
32. Eylem süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) yerine fetoskop, doppler ya da aralıklı EFM kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Evet Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe, normal vajinal doğum yerine isteğe bağlı sezaryen doğum yapacaksa ya da tekrarlayan sezaryen olacaksa bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
33. Fetal kalp atım hızında anormallik	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Doğum eylemi sürecinin yönetimini değiştiren anormal fetal kalp atım hızı (FKH) kaydı bulunmamaktadır. Anormal FKH göstergeleri TÜM kategori III FKH traseleri - Bazal FKH'da variabilite yokluğu ve aşağıdakilerden herhangi biri; - Tekrarlayan geç deselerasyonlar - Tekrarlayan değişken deselerasyonlar - Bradikardi - Sinüzoidal patern Veri Toplayanlar İçin Not: Fetal kafa derisi pH ölçümü, Optimalite İndeksi'nde puanlanmamaktadır.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
34. Doğum eylemi sırasında sağlık ekibi dışında destek veren kişinin varlığı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Var
35. Spontan ıkınma	Süreç	Gerekli Değil	OPTİMAL = Var Tanım: Spontan ıkınma , doğumun ikinci evresinde annenin kullandığı bir ıkınma şeklidir ve iki şekilde karakterize edilir; a) anne tarafından başlatılması, b)sağlık personeli tarafından yönlendirme olmaması veya talimat (sözlü veya sözsüz) verilmemesi. Direktif verilen ıkınma , uzamış valsalva, kapalı glottis ıkınma şeklini tanımlar. Veri Toplayanlar İçin Not: Kod 8 olarak kodlanabilir.
36. Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme durumu	Süreç/Sonuç	Gerekli Değil	OPTİMAL = Evet Tanım: Bir sağlık kuruluşunda veya evde sağlık personeliyle gerçekleşen doğumlar.
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanımı	Süreç	Gerekli Değil	OPTİMAL = Evet Tanım 1: Tam sırt üstü pozisyonundan (supine) veya litotomi pozisyonundan <i>başka</i> herhangi bir pozisyon. Tanım 2: (Başın açısı not alındıysa). Başın 45 dereceden daha az bir açıda olduğu, sırt üstü pozisyonundan (litotomi pozisyonu dahil) veya tam sırtüstü pozisyonundan <i>başka</i> herhangi bir pozisyon. Veri Toplayanlar İçin Not: Kod 8 olarak kodlanabilir.
38. Doğumdaki prezentasyon	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Baş
39. Müdahaleli vajinal doğum (Forseps ya da vakum ile doğum)	Süreç/Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe sezaryen doğum yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
40. Sezaryen doğum	Süreç/Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe vajinal doğum (spontan veya müdahaleli) yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
41. Epizyotomi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Uygulanmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe sezaryen doğum yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız. Epizyotomi sonrasında sütür atılacağı varsayılmaktadır.
42. Perinide ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulkus ve servikal laserasyonları da içeren)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Yırtılma 3. veya 4. dereceye genişlerse, bu madde yine de Optimal Değil olarak kodlanır (eksi bir puan).
43. Epizyotominin ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Yırtılma ve genişlemelerin onarılacağı varsayılmaktadır. Veri Toplayanlar İçin Not: 3. veya 4. dereceye genişleme nedeniyle düşülen bu puan, varsa epizyotomi ve spontan 1. veya 2. derece laserasyonlar nedeniyle düşülen puanlara ek olarak düşülür .
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulama (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması	Süreç	Gerekli (kod 8 değilse)	OPTİMAL = Yapıldı Tanım: Doğumu takiben mümkün olan en kısa sürede, çıplak yenidoğanın anne cildine direkt temasıdır; yenidoğan ve annenin üzerine, ısıyı koruyan termal bir battaniye örtülür. Veri Toplayanlar İçin Not: Kod 8 olarak kodlanabilir.
46. Plasenta retansiyonu (≥ 30 dk)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe sezaryen doğum yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
47. Doğum sonu kanama	Sonuç	Gerekli	Vajinal Doğum: OPTİMAL = Doğum sonu kanamanın gerçekleşmediğinin sağlık bakımı veren tarafından belgelenmesi; veya tahmini kan kaybının 500 cc.'den az olması. Sezaryen Doğum: OPTİMAL = Doğum sonu kanamanın gerçekleşmediğinin sağlık bakımı veren tarafından belgelenmesi; veya tahmini kan kaybının 1000 cc.'den az olması. İndeks Kullanıcılarına Not: Optimalite İndeksi, doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimini, süreç değişkeni olarak içermemektedir. Çünkü bu madde karmaşık bir değişkendir (3 bağımsız eylem) ve bu strateji ABD'de yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu madde, bu ölçüm aracının uluslararası uyarlamalarına dahil edilmelidir.
48. Kan transfüzyonu	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yapılmadı

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
49. Doğum sürecinde meydana gelen diğer ciddi komplikasyonlar	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Bu komplikasyonların herhangi birinin meydana geldiğinde dair hiçbir kanıtın olmaması. İndeks Kullanıcılarına Not: GBS enfeksiyonu, anne için olumsuz bir sağlık durumu yansıtmadığı için dahil edilmemiştir. Yenidoğan için profilaktik intravenöz antibiyotik uygulaması, maternal skorlamada geçmektedir (ilgili maddelere bakınız).
• Koryoamniyonit			
• Kord prolapsusu			
• Eklampsı			
• Doğum sürecinde var olan preeklampsı			
• Ablasyo plenta			
• Omuz distosisi			
Yenidoğanın Durumu			
50. Gebelik yaşı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = 37. – 42. hafta
51. Doğum ağırlığı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Doğum ağırlığı 2500 – 4000 gram arasındadır.
52. 5. dakika apgar skoru	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = 7, 8, 9, 10
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer	Süreç/Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok
54. Konjenital anomaliler	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
55. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL= Bu durumlardan herhangi birinin olduğuna dair hiçbir kanıt olmaması.
• Sepsis dışındaki bakteriyel enfeksiyonlar			
• Bronkopulmoner displazi			
• Kalp yetmezliği			
• Hipovolemi, hipotansiyon, şok			
• İntraventriküler kanama			
• Nekrotizan enterokolit			
• Pnömoni			
• Persistan pulmoner hipertansiyon			
• Böbrek yetmezliği			
• Respiratuvar distres sendromu			
• Rh uyumsuzluğu			
• Konvülsiyon			
• Sepsis			
56. Emzirme	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Evet Annenin hastaneden tabureu edildiği zaman veya doğum sonrası 72 saate kadar. Veri Toplayanlar İçin Not: Emzirdiğine dair herhangi bir kanıt kabul edilebilir; sadece anne sütü olması gerekli değildir.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
57. Perinatal ölüm	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok (doğum sonrası 72 saate kadar)
Annenin Sağlık Personelinin Bakımından ya da Sağlık Kurumundan Taburcu Edilmeden Önceki Durumu (72 Saate Kadar)			
58. Anne hastanede iken görülen ateş (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Bu durumlardan herhangi birinin olduğuna dair hiçbir kanıt olmaması.
• Sisitit			
• Endometrit			
• Hematom			
• Süturların lokal enfeksiyonu			
• Mastit			
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisi	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok İstisna: Reçetesiz satılan analjezik ilaçlar, demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı. Veri Toplayanlar İçin Not: Bazı reçetesiz ilaçlar için, reçete yazılabilmektedir. Ancak bu ilaçlar, yukarıda belirtildiği gibi “istisna”dır.
60. Anne ölümü	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Annenin taburculuğuna kadar yapılan kayıtlar

Ek-7: Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -381

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20 ŞUBAT 2018 SALI
Toplantı No : 2018/06
Proje No : GO 18/134 (Değerlendirme Tarihi: 06.02.2018)
Karar No : GO 18/134- 10

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YÜCEL' in sorumlu araştırmacı olduğu ve Hem. Ayçin ÇİFÇİ' nin yüksek lisans tezi olan, GO 18/134 kayıt numaralı, "*Bir Üniversite Hastanesinde Verilen Perinatal Bakım Uygulamalarının ve Annelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Belirlenmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAKA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BULUT (Üye) | İZİNLİ |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 15. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| İZİNLİ | 16. Yrd. Doç. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr.Gör.Dr. Meltem ŞENGEL (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Ek-8: Kurum İzni

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Sayı: 30878757-999/171
Konu: Uygulama İzni
Ayçin ÇİFTÇİ

09/03/2018

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 27/02/2018 tarihli ve 27043162/485 sayılı yazınız

Fakültemiz Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Çiğdem YÜCEL'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Aylin ÇİFTÇİ'nin yürüttüğü "Bir Üniversite Hastanesinde Verilen Perinatal Bakım Uygulamalarının ve Annelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması uygulamasını Anabilim Dalımız Bölüm 81 ve Bölüm 82 kliniklerinde 1 Mart 2018-30 Haziran 2018 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr. MEHMET COŞKUN SALMAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalı Başkanı V.



Ek-9: Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı

ilkay gungor
Alıcı: bana

20 Ara (6 gün önce) ☆

Merhaba,

Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği ve değerlendirme bilgilerini ekte gönderiyorum. Tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Güzel bir konu seçmişsiniz. Başarılar dilerim.

Doç.Dr. İlkay GÜNGÖR
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Adres: Abide-i Hürriyet cad. 34381, Şişli, İstanbul
Tel: (0212)4400000/27088
e-mail: ilkay1979@yahoo.com

Ek-10: Orijinallik Raporu

Bir Üniversite Hastanesinde Verilen Perinatal Bakım Uygulamalarının ve Annelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Belirlenmesi

ORIJINALLIK RAPORU

% 11	% 8	% 2	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 4
2	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
5	hemsirelik.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
7	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	EVCİLİ, Funda, YURTSAL, Burcu, ABAK, Gülçin, TALİ, Berrin and TEMEL, Sultan.	<% 1

Ek-11: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Ayçin Çifçi
Ödev başlığı: Bir Üniversite Hastanesinde Verilen ...
Gönderi Başlığı: Bir Üniversite Hastanesinde Verilen ...
Dosya adı: Turnitin_Aycin.docx
Dosya boyutu: 96.81K
Sayfa sayısı: 39
Kelime sayısı: 8,226
Karakter sayısı: 59,837
Gönderim Tarihi: 26-Eyl-2019 12:59PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1180440358



Ek Tablo 1. Optimalite İndeksi-TR Maddelerine İlişkin Yapılan Kodlamalar

Optimalite İndeksi-TR Maddeleri	Evet	Hayır	Eksik Veri
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ			
1. Evli olmak/partneri olmak	124 (100)	-	-
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	122 (98,4)	2 (1,6)	-
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	124 (100)	-	-
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	104 (83,9)	20 (16,1)	-
5. Sağlık sigortasına sahip olmak	114 (91,9)	10 (8,1)	-
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş ve/veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	80 (64,5)	44 (35,5)	-
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	123 (99,2)	1 (0,8)	-
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olma	124 (100)	-	-
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	62 (50)	62 (50)	-
10. Şimdiki gebelik sırasında 18- 35 arası yaşta olmak	110 (88,7)	14 (11,3)	-
11. Kronik hastalık öyküsüne sahip olmamak	117 (94,4)	7 (5,6)	-
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak	61 (49,2)	12 (9,7)	51 (41,1)
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak	72 (58,1)	1 (0,8)	51 (41,1)
14. Preterm doğum öyküsüne sahip olmamak	66 (53,2)	7 (5,6)	51 (41,1)
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne sahip olmamak	68 (54,8)	5 (4,0)	51 (41,1)
16. Sezaryen doğum öyküsüne sahip olmamak	45 (36,3)	28 (22,6)	51 (41,1)
17. 2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üstünde doğan bebek öyküsüne sahip olmamak	64 (51,6)	9 (7,3)	51 (41,1)
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne sahip olmamak	57 (46,0)	16 (12,9)	(41,1)

OPTİMALİTE İNDEKSİ			
19. İntrauterin fetal kayıp yaşamadı.	124 (100)	-	-
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmadı.	124 (100)	-	-
21. Gebelik komplikasyonu yaşamadı.	119 (96,0)	5 (4,0)	-
22. Yeterli prenatal bakım aldı	123 (99,2)	1 (0,8)	-
23. Amniyosentez ya da koryonik villus örneklemesi yapılmadı.	117 (94,4)	7 (5,6)	-
24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil yapılmadı.	1 (0,8)	123 (99,2)	-
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.	83 (66,9)	41 (33,1)	-
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.	121 (97,6)	3 (2,4)	-
27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.	65 (52,4)	-	59 (47,6)
28. Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulanmadı.	34 (27,4)	31 (25,0)	59 (47,6)
29. Amniyotomi yapılmadı.	38 (30,6)	27 (21,8)	59 (47,6)
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapılmadı.	3 (2,4)	62 (50,0)	59 (47,6)
31. Doğumda epidural analjezi kullanılmadı.	65 (52,4)	-	59 (47,6)
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı.	2 (1,6)	63 (50,8)	59 (47,6)
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi	62 (50,0)	3 (2,4)	59 (47,6)
34. Doğumda destek veren kişi vardı	3 (2,4)	62 (50,0)	59 (47,6)
35. Spontan olarak ıkindi.	44 (35,5)	18 (14,5)	62 (50,0)
36. Doğum daha önceden belirlenen yerde gerçekleşti.	65 (52,4)	-	59 (47,6)
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.	-	62 (50,0)	62 (50,0)
38. Doğum baş prezentasyonu ile gerçekleşti.	62 (50,0)	-	62 (50,0)
39. Vajinal doğum müdahalesiz (forseps ya da vakum kullanımı) gerçekleşti.	62 (50,0)	-	62 (50,0)
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.	62 (50,0)	-	62 (50,0)
41. Epizyotomi uygulanmadı.	23 (18,5)	39 (31,5)	62 (50,0)

42. Perinede ya da perineal dokuda suture gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon gelişmedi.	14 (11,3)	48 (38,7)	62 (50,0)
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme olmadı.	61 (49,2)	1 (0,8)	62 (50,0)
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulanmadı.	60 (48,4)	2 (1,6)	62 (50,0)
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	-	124 (100)	-
46. Plesenta spontan olarak doğurtuldu.	61 (49,2)	1 (0,8)	62 (50,0)
47. Doğum sonu kanama gelişmedi.	124 (100)	-	-
48. Kan transfüzyonu yapılmadı.	120 (96,8)	4 (3,2)	-
49. İntrapartum komplikasyon gelişmedi	123 (99,2)	1 (0,8)	-
YENİDOĞAN			
50. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.	124 (100)	-	-
51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.	116 (93,5)	8 (6,5)	-
52. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.	123 (99,2)	1 (0,8)	-
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer edilmedi.	111 (89,5)	13 (10,5)	-
54. Konjenital anomali gözlenmedi.	118 (95,2)	6 (4,8)	-
55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar gözlenmedi.	122 (98,4)	2 (1,6)	-
56. Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.	123 (99,2)	1 (0,8)	-
57. Perinatal ölüm görülmedi.	123 (99,2)	1 (0,8)	-
DOĞUM SONU DÖNEM			
58. Anne hastanede iken ateş görülmedi.	124 (100)	-	-
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmadı.	124 (100)	-	-
60. Maternal ölüm görülmedi.	124 (100)	-	-

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Ayçin ÇİFÇİ

Doğum Tarihi: 06/08/1989

Doğum Yeri: MALATYA

Uyruğu: T.C.

İletişim adresi: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Bölüm 82 Kadın Doğum Servisi

Telefon: (0312) 305 18 20

E-postası: aycincifci@gmail.com

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2008-2013
Y. Lisans	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı	Hacettepe Üniversitesi	2013-...

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın-Doğum Servisi	2013-...

Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler: Türk Hemşireler Derneği