**T.C.**
**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

# VAJİNAL DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM EYLEMİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

**Ayşe KUYULU AKMAN**

**EKİM, 2022**

**T.C.**
**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

# VAJİNAL DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM EYLEMİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

**Ayşe KUYULU AKMAN**

**Danışman**

**Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI**

**EKİM, 2022**

# ONAY

Tez Başlığı : **Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyet Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**

Tezi Hazırlayan: **Ayşe KUYULU AKMAN**

Tez Savunma Tarihi: **06.10.2022**

**İmza**

**Üye ( Jüri Başkanı):** Doç. Dr. Sena Kaplan

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

**İmza**

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Didem Şimşek Küçükkelepçe

Ebelik Ana Bilim Dalı, Ebelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,

Bu tez tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur/bulunmamıştır.

**İmza**

**Üye (Danışman):** Prof. Dr. Zehra Gölbaşı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

_____

**Prof. Dr. Sulhiye Yıldız**

**Enstitü Müdürü**

# YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin 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 tezimin 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.

( ) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin/Raporumun ……. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin/Raporumun…… tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

…./…./….

İmza

Ayşe KUYULU AKMAN

# ETİK BEYAN

**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (...../...../.....).

Ayşe KUYULU AKMAN

# ÖZET


## VAJİNAL DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM EYLEMİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

**Ayşe KUYULU AKMAN**

**Yüksek Lisans Tezi**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

Ankara, EKİM 2022

Bu araştırma vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Ankara il merkezinde hizmet veren iki özel hastanede yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini belirtilen iki hastanede vajinal yolla doğum yapan 335 kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ-Normal Doğum) formları kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Shapiro-Wilk testi ile DAMDÖ puan ortalamasının normal dağılıma uygunluğu ve Levene testi ile varyans homojenlik varsayımına uygunluğu incelenmiştir. Kadınların bireysel ve doğum eylemine yönelik özelliklerine göre DAMDÖ puan ortalaması karşılaştırılırken, bağımsız ikili gruplarda t-testi, üç veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırmasında ise Anova testi uygulanmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Tukey testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre kadınların DAMDÖ toplam ortalama puanı 150, 65 (48,61) olarak saptanmıştır. Ölçeğin kesme noktası dikkate alındığında (≥150,5: yüksek, <150,5: düşük) kadınların %39,7'sinin memnuniyet düzeyinin düşük, %60,3'ünün memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğum eyleminde oral alıma izin verilen, ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullanan, epidural/spinal anestezi uygulanan, tentene temas sağlanan ve erken emziren kadınların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Hareket özgürlüğü tanınmayan, lavman, amniyotomi, oksitosin indüksiyon, sürekli NST uygulanan kadınlarda ise memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, doğum eyleminde rutin uygulanan obstetrik müdahalelerin doğum memnuniyetini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle rutin uygulamaların azaltılması ve doğumda hemşire/ebe desteği sağlanması kadınların doğum memnuniyetlerinin artmasında etkili olacaktır.



**Anahtar Kelimeler:** Vajinal Doğum, Doğum Memnuniyeti, Memnuniyet Düzeyi

# ABSTRACT


## DETERMINATION OF SATISFACTION LEVELS AND AFFECTING FACTORS OF WOMEN GAVE VAGINAL BİRTH

**Ayşe KUYULU AKMAN**

**Master's Thesis**

Health Sciences Institute

Department of Nursing

Supervisor Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

Ankara, OCTOBER 2022

This research was carried out to determine the satisfaction levels of women who gave birth vaginally and the factors affecting their satisfaction values.

Research data were collected from two private hospitals serving in the city center of Ankara. The sample of the study consists of 335 women who gave birth vaginally in these two hospitals. Data were collected using the Descriptive Information Form and the Maternal Satisfaction Assessment at Childbirth Scale (MSACS-Normal Birth) form created by the researcher. The data were collected by the researcher by face-to-face interview technique. Within the scope of the research, the conformity of the MSACS score average to the normal distribution was examined by the Shapiro-Wilk test, and its compliance with the variance homogeneity assumption was examined by the Levene test. The mean MSACS score was compared according to the individual characteristics of the women and the variables related to giving birth. In addition, the t-test was applied in independent paired groups, and the Anova test was applied in comparisons of 3 or more independent groups. Tukey test was used for multiple comparisons of groups found significant as a result of Anova test. During the analysis of the data, the level of significance was accepted as $p<0.05$.

According to the results of the research, the total mean score of the women in the MSACS scale was 150.65 (48.61). Considering the cut-off point of the scale (≥150.5:high, <150,5:low) it was determined that 39.7% of the women had a low level of satisfaction and 60.3% had a high level of satisfaction. It has been determined that the satisfaction levels of women who are allowed to take oral intake during birth, use non-pharmacological methods to cope with pain, are administered epidural/spinal anesthesia, are contacted with awning, and breastfeed early are high. Satisfaction levels were observed to be low in women who did not have freedom of movement, who underwent enema, amniotomy, oxytocin induction, and continuous NST.

According to the results obtained from the research, it was determined that routine obstetric interventions in giving birth had a negative effect on birth satisfaction. For this reason, reducing routine practices and providing nurse/midwife support at birth will be effective in increasing women's birth satisfaction.



**Keywords:** Vaginal Birth, Birth Satisfaction, Satisfaction Level

# TEŞEKKÜR

Mesleğimi zor şartlarda yerine getirdiğim bir dönemde ‘’ Muhtaç olduğun kudret, damarlarındaki asil kanda, mevcuttur!’’ sözüyle beni güçlü tutan ve Türk kadınlarına aydın, özgür olma yolunu açan Türkiye Cumhuriyeti’nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk’e,

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI’na,

Tez savunma sınavımda yer alan ve akademik gelişimime katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Sena KAPLAN ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE’ye,

Hayatım boyunca aldığım bütün kararlarda yanımda olan ve mücadeleci, idealist bir insan olarak beni yetiştiren kıymetli annem Kadriye KUYULU ve rahmetli babam Nami KUYULU’ya,

Tanıdığım ilk günden itibaren sevgisini, saygısını ve desteğini bir an olsun esirgemeyen, her konuda beni cesaretlendiren ve güç veren yol arkadaşım, fikirdaşım, kıymetli eşim Fatih AKMAN’a,

Bana anneliğin kutlu hissini yaşatan canım kızım Elçin’e,

Doğumlarını yaptırmaktan mutluluk duyduğum gebelerime, araştırmama katkı sunan annelere ve Lokman Hekim Hastanelerinin değerli hemşirelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe KUYULU AKMAN

# İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI ..... iii
ETİK BEYAN ..... iv
ÖZET ..... v
ABSTRACT ..... vi
TEŞEKKÜR ..... vii
İÇİNDEKİLER ..... viii
TABLOLAR LİSTESİ ..... x
KISALTMALAR ..... xi
1. GİRİŞ ..... 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ..... 1
1.2. Araştırmanın Amacı ..... 3
1.3. Araştırma Soruları ..... 3
2. GENEL BİLGİLER ..... 4
2.1. Memnuniyet Kavramı ..... 4
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet ve Hasta Memnuniyeti ..... 4
2.1.2. Doğum Eyleminde Memnuniyet ..... 6
2.2. Vajinal Doğum ve Evreleri ..... 7
2.2.1. 1. Evre (Servikal Dilatasyon ve Efasman) ..... 7
2.2.2. 2. Evre (Fetüsün Atılması Evresi ve Ekpulsiyon) ..... 8
2.2.3. 3. Evre (Plasentanın Atılması) ..... 9
2.2.4. 4. Evre ..... 9
2.3. Doğum Memnuniyetini Etkileyen Faktörler ..... 10
2.3.1. Gebelere İlişkin Faktörler ..... 11
2.3.2. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler ..... 12
2.3.3. Çevresel ve Kurumsal Faktörler ..... 13
2.4. Doğum Memnuniyetinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü ve Önemi ..... 14
3. GEREÇ ve YÖNTEM ..... 17
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı ..... 17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... 17
3.4. Veri Toplama Araçları ..... 17

3.4.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu ....17
3.4.2. 2. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) (Normal Doğum) ....18
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması ....18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ....19
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu ....19
4. BULGULAR .... 20
5. TARTIŞMA .... 40
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER .... 53
6.1. Sonuçlar ....53
6.2. Öneriler ....56
KAYNAKÇA .... 58
EKLER .... 67
EK-1: Tanımlayıcı Bilgi Formu ....67
EK-2: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum) ....71
ÖZGEÇMİŞ .... 95

# TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 1:** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ..... 20
**Tablo 2:** Kadınların Obstetrik Öyküleri ve Bu Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı..... 21
**Tablo 3:** Kadınların Doğumun Birinci Evresinde Uygulanan Müdahalelere Göre Dağılımı..... 21
**Tablo 4:** Kadınların Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresine Yönelik Özellikleri ve Uygulanan Müdahalelere Göre Dağılımı ..... 23
**Tablo 5:** Kadınların Doğum Eylemini Algılama ve Sağlık Personelinin Yaklaşımlarını Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı ..... 24
**Tablo 6:** Kadınların Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalaması ..... 25
**Tablo 7:** Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyet Düzeyleri Dağılımı ..... 26
**Tablo 8:** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DAMDÖ Puan Ortalaması ..... 27
**Tablo 9:** Kadınların Obstetrik Öyküleri ve Bu Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre DAMDÖ Puan Ortalaması ..... 30
**Tablo 10:** Kadınların Doğumun Birinci Evresinde Uygulanan Müdahalelere Göre DAMDÖ puan ortalaması ..... 32
**Tablo 11:** Kadınların Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresine Yönelik Özellikleri ve Uygulanan Müdahalelere Göre DAMDÖ puan ortalaması ..... 36

# KISALTMALAR

ICM : International Confederation of Midwives

WHO : World Health Organization

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

TTT : Tentene Temas

DAMDÖ : Doğumda Anne memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum)

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum, hem kadın hem de yenidoğan üzerinde fiziksel ve psikolojik etkileri olan bir olaydır. Bu etkiler kısa ve uzun dönemde ortaya çıkabileceği gibi olumlu ya da olumsuz da olabilir. Bazı kadınlar için doğum süreci zor, acı verici ve belirsiz olaylar zinciri olarak gerçekleşebilmektedir. Bu durum doğum yapacak annelerin doğum tercihlerini ve doğum hakkındaki düşünlerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala ve Weston, 2011; Marc, Toureche, Ernst, Hodnett, Blanchet, Dodin ve Njoya, 2011; Muslu ve Yanıkkerem, 2020). Özellikle sağlık alanında son yirmi yılda ilgi, çocuk doğuran kadınların ruh sağlığına, duygusal güvenliğine ve öznel doğum deneyimine odaklanmıştır (Chabbert, Rozenberg ve Wendland, 2021; Ratislavova, Lorenzova, Hollins Martin ve Martin, 2022).

Kadınlarda olumsuz doğum deneyimi stres bozuklukları, postpartum depresyon, cinsel disfonksiyon (Goodman, Mackey ve Tavakoli, 2004; Urbanová, Škodová ve Başková, 2021; Soet, Brack ve Diıorio, 2003), istemli abortus, istenmeyen gebeliklere (Maggioni, Margola ve Filippi, 2006; Soet ve diğerleri, 2003), sezaryen doğuma yönelime, yenidoğana yönelik olumsuz duygulara, kadının yeni rolüne adaptasyon problemine, emzirmede zorlanmaya ve bebek bakım sorunları gibi birçok soruna zemin hazırlayabilmektedir. Yaşanan sorunlar kadının yanı sıra yenidoğan sağlığını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Ford ve Ayers, 2009; Yanıkkerem Uçum, Göker ve Nicole Piro, 2013).

Doğum eyleminden memnuniyet, kadının bireysel yaşam deneyimi ile birlikte toplumsal, çevresel, örgütsel ve politik olaylardan etkilenen bireysel bir yaşam olayı olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, doğum deneyimi, doğum öncesi ve doğum sürecine ait bir dizi faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir (Ratislavova ve diğerleri, 2022). Diğer taraftan aynı koşullar altında gerçekleşse dahi her kadının doğum eylemini algılaması ve eyleme yönelik deneyimi farklılık gösterebilmektedir (Aslan ve Okumuş, 2017).

Doğum hizmetlerinde malpraktis olaylarının ve sezaryen oranlarının artışı geleneksel göstergelerin önemini yitirmesine ve doğum sürecindeki deneyimler ile memnuniyete verilen önemin artmasına neden olmuştur (Adıgüzel, Nazik,

Haydardedeoğlu ve Aytan, 2013). Anne Hakları ve Üreme Hakları Bildirgesi ile annenin optimum düzeyde, güvenli şartlarda doğumunu gerçekleştirebilmesi koruma altına alınmıştır. (Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018; Omani-Samani, Hollins Martin, Martin Maroufizadeh, Ghaheri ve Navid, 2021). Nitekim, Uluslararası Ebelik Konfederasyonu da (International Confederation Midwives-ICM, 2014) kadınların doğumlarını memnuniyetle hatırlamalarının önemli olduğunu belirtmektedir.

Doğum memnuniyeti, annelerin doğumhaneye kabulünden başlayan, doğum ve doğumdan sonraki dönemde aldığı hizmetlere yönelik memnuniyetini kapsamaktadır. Bu yönüyle sağlık hizmetlerinde maliyet ve kalite açısından büyük önem taşımaktadır (Bozkurt, 2013; Hollins Martin ve Fleming, 2011). Doğum memnuniyetini sağlamak için kadının doğuma olumlu şekilde hazırlanması gerekir. Ayrıca eylem süresince saygıyı barındıran, sürekli destek sunulan, sağlıklı bir iletişim ile sürdürülen bakım ile gebenin özdenetimini kaybetmeden konforlu bir doğum gerçekleştirmesi memnuniyet açısından oldukça önemlidir. Diğer taraftan uygun ağrı azaltan yöntemlerin kullanılması ve doğumun minimal obstetrik yaralanmayla, arzulanan pozisyonda gerçekleşmesi de doğum memnuniyetini sağlayan önemli faktörlerdendir (Hollins Martin ve Martin, 2014; World Health Organization -WHO), 2018).

Doğum memnuniyeti, hizmetin sunum kalitesi, anne ile sağlık profesyoneli arasındaki etkileşim, hizmetin varlığı, sürekliliği ve sağlık personelinin profesyonel özelliklerini içine alan çok boyutlu bir kavramdır (Avis, Bond ve Arthur, 1995). Bu bağlamda anne memnuniyetinin temelini anne ve yakınlarının arzularının karşılanması, anne ve yakınının yeterli bilgilendirilmesi ve sağlıklı iletişimin sağlanması oluşturmaktadır. Kadınların eğitim düzeyinin artması ve toplumsal hayata katılmasıyla doğum eylemine ilişkin bilgilere ulaşımı kolaylaşmış ve aldıkları hizmeti eleştiren bir bakış açısına sahip olmalarına yol açmıştır. Gökçek'in (2022) ve Henriksen, Grimsrud, Schei ve Lukasse'in (2017) yaptığı çalışmalarda da eğitim düzeyi yükseldikçe annenin doğumuna yönelik karara katılımı, özgüveni ve gereksiz müdahaleler konusunda farkındalığının arttığı belirtilmiştir. Kadınlar doğumlarında verilen bakıma katılmak için, karar süreçlerindeki rolleri ve tanıları hakkında bilgi sahibi olmayı istemektedirler (Merkouris, Ifantopoulos, Lanara ve Lemonidou, 1999). Bu durumda annelerin doğum eyleminden memnuniyetinin ve sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi; yaşanan eksikliklerin belirlenmesi ve giderilmesine

katkı sağlayacaktır. Bu nedenle anne memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilirken, hemşirelik hizmetlerindeki yeterliliğinin değerlendirilmesi açısından da önemli bir geri bildirim sağlayacaktır (Jha, Larsson, Christensson ve Skoog Svanberg, 2017). Olumsuz doğum deneyimlerinin azaltılması, doğum hizmetlerinde kalitenin artırılması, doğumda gereksiz müdahalelerin azaltılması ve doğum memnuniyetini artıran faktörlerin belirlenmesinin sezaryen oranlarının azaltılmasında önemli bir yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

### 1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### 1.3. Araştırma Soruları

1. Vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeyleri nedir?
2. Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri doğum eyleminden memnuniyet düzeylerini etkilemekte midir?
3. Doğum eylemi süresince yapılan müdahaleler doğum eyleminden memnuniyet düzeylerini etkilemekte midir?
4. Doğum eylemi süresince kadınların aldıkları sağlık hizmetleri doğum eyleminden memnuniyet düzeylerini etkilemekte midir?

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Memnuniyet Kavramı

Memnuniyet; verilen bakımın kalitesini ölçmek için geçmişte yaşanılan deneyimlerin ışığında ve ileriye dönük beklentilerin de karşılanmasıyla ortaya çıkan girift bir kavramdır (Bilgin ve Göral, 2017; Goodman ve diğerleri, 2004). Başka dillerde yeterli anlamı olan memnuniyet (satisfaction), ihtiyaçların giderilmesi yoluyla tüm beklenti, gereksinim ve arzuların karşılanması olarak da tanımlanmaktadır (Cerit, 2016; Güngör, 2009).

### 2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet ve Hasta Memnuniyeti

Teknolojinin gelişmesi sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu gelişme sağlık sisteminde nitelikli bakım alma taleplerini, "kaliteli sağlık hizmeti" kavramını ortaya çıkartmıştır. Sağlık bakımında kalite, ülkelerin gelişmişlik göstergelerinde önemli bir yere sahip olmuştur. Bu sebeple sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla önem verilmekte ve hizmetlerde standardizasyon hedeflenerek kalitenin sürekliliği amaçlanmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi, sağlık sektöründe kalitenin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini değerlendiren performans ölçümlerinden biri hasta memnuniyetinin değerlendirilmesidir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin geçerli ve güvenilir araçlarla ölçülmesi kalitenin sağlanmasında, korunmasında ve sürdürülmesinde önemli bir göstergedir (Charalambous ve Adamakido, 2012; Özen, Çam ve Aslay, 2011; Turgu, Öztora, Çaylan ve Dağdeviren, 2018).

Genel manada hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin hasta beklentilerini karşılamaya yönelik etkililiğiyle tanımlanır (Gök ve Burçkin, 2020). Diğer bir ifadeyle hastanın hizmeti algılama kalitesi ile beklenti kalitesi arasındaki öznel yargılarının bir sonucu olarak da ifade edilmektedir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen ve Erdem, 2006; Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018). Hasta memnuniyeti pek çok faktörden etkilenmesi nedeniyle girift bir kavram olup diğer taraftan nitelikli bakımın en önemli göstergelerinden biridir. Bu nedenle hasta memnuniyetinin temelini, beklentilerin karşılanma durumu, bilgilendirmenin yeterliliği ve etkili iletişim oluşturmaktadır (Avis ve diğerleri, 1995; Şişe, Altınel ve Toksal, 2013). Hasta memnuniyetinin ölçülmesi verilen bakımın kalitesini değerlendirmeye ve hizmette var olan

eksikliklerin belirlenmesine, aynı zamanda ortadan kaldırılmasına ışık tutar. Bu yönüyle hasta memnuniyeti; sağlık bakımının bir çıktısı olarak kabul edilmekle beraber, hizmetin analizi ve kalitesinin ortaya koyulmasında etkili bir dönüt vermektedir (Bozkurt, 2013; İçyeroğlu ve Karabulutlu, 2011).

Hasta memnuniyeti, hasta tarafından beklenen hizmet ile algılanan hizmetin kalite seviyesi arasındaki fark olarak da ifade edilebilir ve iki bileşende şekillenir. Bu bileşenler beklentiler ve deneyimleri algılama biçimlerinden oluşmaktadır. Bireylerin sağlık kurumlarında aradıkları ya da arzuladıkları bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler biçiminde ifade edilen beklentiler, bireylerin cinsiyet, yaş, öğrenim seviyesi, sosyo-kültürel altyapısı, sağlık bakımı ile ilgili önceki tecrübelerine göre farklılaşmaktadır (Çıtak Bilgin, Ak, Coşkuner Potur ve Ayhan, 2018; Henriksen ve diğerleri, 2017). Ayrıca hasta memnuniyetini, hizmetlerin organizasyonu, sağlık hizmetini verenlerin tutum ve davranışları ile, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimin niteliği, hastaya dair özellikler, sosyo kültürel yapı, çevre faktörleri ve ekonomik koşullar gibi çok sayıda faktörden doğrudan etkilenmektedir (Rudman, Michel ve Waldenstrıöm, 2007).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesinde oldukça etkili ve sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri durumundadır. Sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri ve politika otoriteleri, bakımın kalitesini değerlendirmek, sağlık hizmetinin organizasyonu ve sunumuna ilişkin kararlara imza atmak, çalışanların performansını değerlendirmek, motivasyonlarını yükseltmek, güncel eğitim ihtiyaçlarını saptamak, hatalı uygulamalara dair suçlamaların önüne geçmek ve rekabet iklimini sağlayacak ilerlemeleri sürdürebilmek amacıyla hizmet alan sağlıklı/hasta bireylerin memnuniyetiyle ilgili verilerden faydalanmaktadırlar. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerin son yıllardaki değerlendirme ölçütüyle, hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin saptanmasında önemli bir çıktı olarak kabul görmektedir (Demir, Açık, Kaya, Deveci, Pirinççi, Yıldırım ve diğerleri, 2009; González, Quintana, Bilbao, Escobar, Aizpuru, Thompson ve diğerleri, 2005).

### 2.1.2. Doğum Eyleminde Memnuniyet

Doğum, kadınların yaşam döngüsü içinde en sıradışı olaylardan biri olarak kabul edilmekle birlikte yalnızca bebek açısından değil, kadının anneliğe geçişini de merkeze alan bir yeniden doğuş süreci ve bununla beraber ailenin yeni bir üye ile karşılaşması olarak betimlenebilir. Uluslararası Ebelik Felsefesi, kadın ve ailesi için etkileyici bir tecrübe olan doğumun, ihtiyaç dışı müdahalelerden uzak tutulması ve yalnızca memnuniyet kavramının başrolü alarak hatırlanması gerektiğini vurgular (ICM, 2014).

Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak obstetrik alanda da gelişmeler olmuştur. Doğumların geçmişe nazaran daha güvenli hale gelmesi, gebelik ve doğum hizmetlerinin merkezinde güvenli doğum mottosuna ilave olarak doğum memnuniyeti kavramının da öne çıkan bir beklenti halini almasını sağlamıştır. Bunun sonucu olarak sağlık çalışanları, yöneticiler ve politika otoriteleri anne adayına sunulan hizmetin kalitesiyle yakından ilgilenmeye başlamışlardır (Kızılkaya, 1997).

Doğum eyleminden memnuniyet, kadınların doğumhaneye kabulüyle başlayan ve doğum süreci, doğum sonrası dönemde aldığı hizmetlerinin tümünü içeren bir kavram olarak ifade edilebilir. Diğer bir ifadeyle doğum eyleminden memnuniyet; annenin doğuma hazırlanması, doğumun her aşamasında ona değer verilmesi, yeterli iletişimin sağlanması, annenin rahatlığının sağlanması, ağrı ile baş etmesinde uygun yöntemlerin kullanılması, doğumda kontrol hissinin devamının sağlanması, doğumu annenin istediği pozisyonda, gereksiz işlem ve müdahalelerden sakınarak, mümkün olan minimum seviye obstetrik yaralanma ile sonuçlanması olarak da tanımlanmaktadır (Kurt Can ve Ejder Apay, 2020; Martin ve Fleming, 2011).

Gebelerin doğum sürecinde en önemli beklentileri ise tehlike ve risklerden korunulmuş güvenli koşullarda doğum eyleminin gerçekleştirildiği, alınan hizmetin ekonomik açıdan düşük maliyetli olduğu, insanın merkeze alındığı, haklarına ve otonomisine saygı gösterildiği, beklentilerinin karşılandığı kadın odaklı bir hizmet almaktır. Bu açıdan düşünüldüğünde doğumda anne memnuniyeti kavramı bakımın kalitesi için oldukça önemlidir (Güven Olgun, 2019; Tuğut ve Gölbaşı, 2013).

Doğum alanında kalite kavramı, geçmiş dönemlerde geleneksel göstergeler ile ilişkilendirilerek değerlendirilmiştir. Bunlar; anne/yenidoğan mortalite ile morbidite ve doğum sürecinde travmaların önlenmesi gibi belli başlı göstergeleri içermekteydi (Güngör, 2009; Johnson, Yong, Stewart ve Kelly, 2002). Fakat

teknolojinin gelişmesiyle obstetrik alanda ölüm ve hastalık oranlarının azalması ve doğumun güvenli hale getirilmesiyle birlikte, verilen hizmetin merkezinde anne/yenidoğan güvenliğinin sağlanmasının yanı sıra doğum eyleminde anne memnuniyetine yönelmiştir (Kızılkaya, 1997; Srivastava, Avan, Rajbangshi ve Bhattacharyya, 2015 ). Bu sebeple obstetrik alanda verilen sağlık hizmeti bakımlarında memnuniyetin değerlendirilmesi daha fazla önem kazanmıştır (Janssen ve diğerleri, 2006; Rudman ve diğerleri, 2007).

### 2.2. Vajinal Doğum ve Evreleri

Vajinal doğum eylemi, düzenli uterus kontraksiyonların etkisiyle servikal dilatasyon ve efasmana yol açarak, fetüs ve eklerinin vajen yoluyla dışarıya atıldığı fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2017). Vajinal doğum eylemini dört bileşen içermektedir: Bunlar uterin kontraksiyonlar, doğum yolu, fetüs ve gebenin psikolojik durumudur. Son yıllarda bu bileşenlere ağrı da eklenmiştir (Karakaya ve Koç, 2022). Vajinal doğum eyleminin normal sürecinde sürdürülebilmesi için fetüsün termde (38. ve 42. haftaları arası), eylemin kendiliğinden başlaması, fetüsün tek ve canlı olması, verteks pozisyonu dahilinde, baş pelvis uyuşmazlığı olmadan fetüs ve annenin sağlıklı olması gerekmektedir (Vural, 2016). Doğumun başladığına dair belirtilerin görülmesiyle birlikte anne, birbirini takip eden evreler sürecine girer. Vajinal doğum eyleminin evrelere ayrılması hakkındaki tartışmalar hala güncelliğini korumaktadır (Karakaya ve Koç, 2022).

#### 2.2.1. 1. Evre (Servikal Dilatasyon ve Efasman)

Vajinal doğum eyleminde birinci evre, annede heyecanın ve huzursuzluğun fazla görüldüğü evredir. Bu evre düzenli uterin kontraksiyonlar ile başlamakta olup servikal dilatasyon ve efasmanın tamamlanmasıyla biter. Hastaya göre değişkenlik gösteren birinci evre, vajinal doğum eyleminin en uzun evresidir ve birinci evre üç faz içerir. Bunlar: Latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2017).

***Latent Faz:*** Güncel olarak bu fazda servikal dilatasyonla ilgili, otoritelerin net kararları mevcut değildir. Çünkü her kadın için latent fazın süresi ve servikal değişiklikler aynı olmayabilir (Karakaya ve Koç, 2022).

Son güncel veriler latent ve aktif faz tanımlarını güncellemiştir. 4-5 cm'lik servikal dilatasyonun ilerlemesinin 6 saatten uzun sürebildiği ve 5-6 cm'lik servikal

dilatasyonun ilerlemesinin 3 saati geçtiği belirtilmiştir. Buna göre doğumun aktif başlangıcı olarak kabul edilen 4 cm eşiği klinik olarak 6 cm olarak güncellenmiştir (Başkaya ve Sayıner, 2018; Karakaya ve Koç, 2022).

***Aktif Faz:*** Bu fazda servikal dilatasyon latent faza göre ileridedir. Aktif fazda kontrasiyonlar 5 dakikadan daha az aralıklı olarak gelir ve ortalama olarak 40 saniye sürmektedir. Nulliparlarda aktif fazın ortalama süresi 5,8 saat, multiparlarda ise 2,5 saat sürmektedir. Normal olarak nulliparlarda aktif faz 12 saati, multiparlarda ise 6 saati aşmamaktadır (Yılmaz, 2017).

***Geçiş Fazı:*** Geçiş fazında uterin kontraksiyonların süresi daha uzun ve sık aralıklı devam etmektedir. Serviksal dilatasyon tama (10 cm) yaklaştığında ve kontraksiyonlar en üst seviyeye ulaştığında gebelerin çoğunda ıkınma hissi belirmektedir. Geçiş fazı bu anlamda arginin ve stresin artışta olduğu bir evredir. Bazı gebelerde bu kontraksiyon süresi kısa sürerken bazı gebelerde uzun sürebilmektedir (Yılmaz, 2017).

#### 2.2.2. 2. Evre (Fetüsün Atılması Evresi ve Ekpulsiyon)

Vajinal doğum eyleminde 2. evre, servikal dilatasyonun 10 cm'e ulaşmasıyla fetal doğuşun gerçekleşmesini kapsayan süreci içermektedir. Primipar kadınlarda bu evre 30 dakikayla 3 saat arasında sürerken multipar kadınlarda bu süre 5-30 dakika sürmektedir. İkinci evrede fetüs perinede görünene kadar vajinal kanalda kardinal hareketlere devam eder. Fetal başın duruş şekli, kemik yapısı ve çapı, vajinal kanaldan geçişini etkileyen en önemli faktörlerdir. Fetüs bu aşamayı çene göğüs fleksiyon yaparak geçmeyi başarır. Bu durumda fetal baş pelvis boşluğuna ulaşır. Fetal başın rektuma baskısı devam ederek kadında kendiliğinden ıkınma hissi oluşturur. Ikınma hissi fetal başın servikse baskısını artırır ve Ferguson refleksini uyarır. Bunun devamında ise oksitosin salınımı ve kontraksiyonların şiddeti artmış olur. Ikınmanın şekli kadının doğum sürecini ve anne-bebek sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Karakaya ve Koç, 2022).

Bu evrede ıkınma hissini kendi kuvvetiyle desteleyen gebe, bebeğinin doğumunu sağlar ve annede rahatlama hissi meydana gelir. Bu evrede doğum öncesi eğitimi olan kadınlar doğum eylemini aktif yönetirken eğitim almayan gebeler bu süreci daha endişeli ve korku içinde geçirir. Kontrolünü kaybeden gebeler süreçte utanabilir, kendisine yardım edildiği anı hatırlamayabilir ve bu sebeple destek

almadığını ifade edebilir. Bu süreçte gebeye ve eşine/yakınına sürekli bilgi ve destek verilerek doğuma yönelik cesaretlendirme yapılmalıdır. 2. evrede sırt üstü yatar pozisyondaki gebelerin kan dolaşımı azalabilir. Bu nedenle gebeye kendini rahat hissedeceği pozisyonlar önerilmeli ve ıkınması için sağlık çalışanı tarafından desteklenmelidir. Kontraksiyonlar arasında her 5 dakikada bir fetal kalp bradikardiyi erken tanılamak için izlenmeli ve kayıt edilmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde hipertansiyon, anemi veya kalp hastalığı olan gebelerin nabzı ve kan basıncı yakından takip edilmelidir. Fetüsün baş rotasyonu ve ilerleyişi bu evrede önemlidir. Başın ilerlemesi yavaş ise vajinal muayene ile kontrol edilmelidir. Normal süreçte 2. evrede perineumun giderek genişlemeli ve başın görülmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2017).

### 2.2.3. 3. Evre (Plasentanın Atılması)

Vajinal doğumun 3. evresi, bebeğin doğmasından sonra başlar ve plasentanın doğmasıyla son bulur. Uterine implante halde olan plasentanın duvardan ayrılması, kılcal damarların kanaması ve kontraksiyonların devam etmesi 3. evrenin önemli özellikleridir**.** 3. evre, plasental ayrılma fazı ve plasental atılma fazı olarak iki alt faza ayrılır. Uterin kasılmalar her iki fazda da oluşmaktadır. Doğumdan yaklaşık 3-5 dakika sonra meydana gelen kontraksiyonlar, yaklaşık her 2-2,5 dakikada bir devam etmektedir. Plasenta ve mebranlar uterusta implante olduğu yerden ayrılıncaya kadar bu kasılmalar devam eder. Sürecin normal ilerlediğini gösteren belirtiler; uterusun tamamen boş olması, sert şekilde olması ve kontrakte halde olmasıdır**.** Kasılmalar uterinkavitenin boyutunun azalmasına ve plasental ayrılmanın gerçekleşmesine neden olur. Bu evre genel olarak 5-10 dakika sürmekte olup 30 dakikayı aşması durumunda müdahale gerektirir (Yılmaz, 2017).

### 2.2.4. 4. Evre

Doğum eyleminin dördüncü evresi, plesantanın atılmasından hemen sonra başlar ve anne stabil hale gelinceye kadar genellikle 1-4 saat sürer. Doğum sonrası dönemin başlangıcıdır. Bu aşamada kadının bedeni çok fazla değişime uğradığı için yakından izlenmelidir. Bu stabilizasyon fazında, uterus kendini yeniden gebelik öncesi durumuna dönebilmek için yapılandırmaya başlar. Birincil amaç, uterus atonisi ve servikal/vajinal laserasyonlardan kaynaklanan hemorojiyi önlemektir. Postpartum dönemde, yaşamı tehdit eden bazı komplikasyonlar ortaya çıkabileceğinden, bu süreçteki bakımın kapsamlı bir şekilde planlanması ve sunulması hayati önem taşır.

Dördüncü evrede ilk 1 saat her 15 dakikada bir kan basıncı, nabız, solunum, fundus kıvamı ve pozisyonunun palpasyonu, vajinal kanama, psikososyal uyum ve emzirmenin etkinliği izlemi yapılmalıdır. 4. evre annenin iyileşme evresini kapsar ve fiziksel olarak doğum sürecinin tamamlanması, anne ve yenidoğan arasındaki ilişkinin başlangıç dönemi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2017).

### 2.3. Doğum Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Doğum memnuniyeti, kadının gebelik süreci, doğum eylemi ve postpartum döneme adaptasyonunu kolaylaştıran önemli bir kavramdır. Doğum eyleminden memnuniyet, annenin postpartum dönem uyumunu kolaylaştırmakta, emzirmede etkinliği artırmakta, anne ve yenidoğanın güvenli bağlanmasını güçlendirmekte, postpartum dönem depresyonu azaltarak annenin yenidoğan bakımında özgüven açısından da yüksek olmasını sağlamaktadır (Chabbert, Rozenberg ve Wendland, 2021; Hollins Martin ve Fleming 2011). Bir kadının doğum deneyimi, ruh sağlığını, gelecekteki doğum planlamasına ilişkin kararlarını, eşi ve ailesiyle olan ilişkilerinin kalitesini etkileme gücüne sahiptir (Ferrari, Martin, Hollins Martin, Souza, Clini, Oliveira Onofre ve diğerleri, 2021). Aynı zamanda doğum eyleminden memnuniyet, hizmetin kalitesinin artışı ve bakım maliyetinin azalmasıyla da ilişkilidir. Bu bağlamda doğum eyleminden memnuniyetin, sürekli iyileştirme çalışmalarına ihtiyacı bulunmaktadır. Doğum memnuniyetinin devamlı olarak iyileştirilmesi için uygun ölçme ve değerlendirme mekanizmaları ile süreç değerlendirilmeli, uygun müdahaleler planlanmalıdır (Güngör ve Beji, 2012; Muslu ve Yanıkkerem, 2020).

Doğum eyleminden memnuniyet son yüzyılda gelişmekte olan ülkelerde obstetrik alanda kritik öneme sahiptir (Ratislavova ve diğerleri, 2022). Gebelerin görüşlerinin kalite değerlendirmelerine dahil edilmesi, gebenin ihtiyaçlarına duyarlı hale gelinmesi ve sağlık bakım hizmetlerinin gelişimi bu bağlamda ciddi önem kazanmıştır (Srivastava ve diğerleri, 2015). Doğum memnuniyetini etkileyen faktörler başlıca üç ana başlıkta incelenmekte ve ölçülebilmektedir (Hodnett, 2002; Martin ve Martin, 2013).

1. Gebelere İlişkin Faktörler
2. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler
3. Çevresel ve Kurumsal Faktörler

### 2.3.1. Gebelere İlişkin Faktörler

Doğum memnuniyetinde gebelere ilişkin durumu etkileyen faktörlerde anne adayının kişisel özellikleriyle ilgili konular yer almaktadır. Gebenin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, psikolojisi ve doğum sonrası anne-bebek ilişkisi doğum eyleminde memnuniyeti etkileyen gebelere ilişkin kişisel özelliklerdir (Goodman ve diğerleri, 2004; Martin ve Martin, 2013; Rijnders, Baston ve Schönbeck, 2008).

Doğum memnuniyetini etkileyen sosyo-demografik özellikler: Literatürde gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin doğum memnuniyetine etkisi konusunda tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra birçok çalışmada da annenin yaşı, öğrenim durumu, gelir durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, toplumsal statüsü gibi sosyo-demografik özelliklerinin doğum memnuniyetine etkisi araştırılmıştır. Annelerin gelir durumlarının düşük olması doğum konusunda eğitim alınmasını ve tıbbi bakımın yeterli düzeyde alınmasında güçlüklere neden olabilmektedir. Bu durum doğum sürecini ve doğum eyleminden memnuniyeti direkt etkileyebilmektedir (Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018; Hollins Martin ve Fleming, 2011; Henriksen ve diğerleri, 2017).

Doğum eyleminden memnuniyeti etkileyen gebeye ilişkin obstetrik özellikler; gebelik durumu ve daha önceki doğum bilgileri, gebeliğini planlama durumu, beklentileri ve doğuma hazırlık eğitimi alma durumu ve önceki doğum deneyimleri olarak ifade edilmektedir (Güngör, 2009; Güven Olgun, 2019).

Olumlu veya olumsuz inanç ve algı durumlarının zihinsel bir davranışa dönüşmesiyle beklentiler ortaya çıkmaktadır. Annelerin doğum eyleminden memnuniyet düzeylerini en çok etkileyen kavramlardan biri de beklentileridir. (Aslan ve diğeri 2017). Bu nedenle kadınların doğum anındaki beklentilerinin hem gebelik sürecini hem de doğum seyrini önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2008).

Doğum memnuniyetinde anne ve bebek ilişkisi: Anne-bebek ilişkisi ve bağlanması, doğum memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Çünkü anne ile bebek arasında erken ten temasının başlatılması, oksitosin hormonunda artışa neden olarak güvenli bağlanmayı artıracak, dolayısıyla emzirmeyi de olumlu yönde etkileyecektir. Erken bağlanma sayesinde annelerin, bebeklerinin ihtiyaçlarına daha

duyarlı oldukları, bu sayede emzirmenin daha erken başladığı ve annenin doğum memnuniyetinin arttığı sonucuna varılmıştır (Güleşen ve Yıldız 2013)

Bebeğin kendini güvende hissetmesinin en önemli ön koşullarından biri anne ile bebeğin giderek artan şekilde birbirine bağlanmasıdır. Bebeğin güçlü bir güven duygusunu kazanabilmesi ve ruhsal fiziksel gelişiminin sağlıklı şekilde ilerleyebilmesinde erken dönemde başlayan bağlanma oldukça kıymetlidir. Anneleriyle tentene temas kuran bebeklerde, annelerinden ayrılan bebeklere kıyasla stres hormonu oranının düşük çıktığı, bu bebeklerin vücut sıcaklıklarının diğerlerine oranla iyi şekilde korunduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca temas esnasında annenin vücudundan alınan yararlı bakterilerin bebeğin bağışıklık sisteminin güçlü kılınması bakımından son derece etkin bir rol oynadığı bilinmektedir. Öte yandan tentene temas kuran bebeklerin nefes alma fonksiyonlarının daha iyi olduğunu söylemek mümkündür. Bu sonuçların ışığında annenin doğum memnuniyetinin yükseldiği gözlenmiştir. (Crenshaw, 2007; Genç, 2019; Lopes, Nakamura ve Nomura, 2021).

Doğum memnuniyetinin artmasını sağlayan durumların aksine, doğumda ortaya çıkan travmalar annenin bebekle olan ilişkisini, doğumdaki memnuniyetini ve bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. (Nakić Radoš, Martinić, Matijaš, Brekalo ve Martin, 2021)

Doğum öncesinde alınan eğitimler de doğum sürecini, anne bebek bağlanmasını, emzirmeyi ve doğumda memnuniyeti etkilemektedir. Doğumlarda oluşabilecek travmaları azaltmakta, doğum sonrası dönemde konforu artırmaktadır. Bu açıdan kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemini rahat geçirebilmeleri için bu tür programların yaygınlaştırılması ve teşvik edilmesi gerekmektedir (Turan, Peker ve Bağlı, 2021).

### 2.3.2. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler

Doğum memnuniyetinde ikinci önemli faktör olarak anne ile bire bir ilgilenen ve anneyi destekleyen sağlık çalışanları bulunmaktadır. Sağlık personelinin doğum yapan kadınlara yönelik tutumları ve davranışları annenin doğum memnuniyetini ve ileride planlayacağı gebelikle, doğum tercihini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Hemşire ve ebelerin kişisel özellikleri, etkili iletişim becerileri ve durumu, gebeyi süreç hakkında bilgilendirmesi, gebenin kabulünden itibaren mahremiyetini koruması

ve yeterli doğum desteğini sağlaması, doğumda anne memnuniyeti açısından önemlidir. (Güven Olgun, 2019; Silesh ve Lemma, 2021).

Doğumda destekleyici bakım anne memnuniyetini pozitif yönde etkileyen bir etkendir. Destekleyici bakımın temelini ise hemşirelerin sunduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan verilen bakımlar oluşturmaktadır (Aydemir Arak, 2020). Doğumda destek alan kadınlar doğumdan sonra bebekleriyle erken tentene temas kurabilmekte ve emzirme konusunda daha başarılı olmaktadır. (Lopes ve diğerleri, 2021).

Doğumda ağrı ile baş etmede hemşire ve ebeler tarafından gebelere nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması doğum memnuniyeti açısından büyük öneme sahiptir. Bu durum gebeler ile sağlık çalışanı arasında farklı bir bağın oluşmasını da sağlamaktadır. Bu bağın oluşturduğu güvenli ortamda, güvenilir kişilerden hizmet alma duygusu doğum memnuniyetini pozitif yönde etkileyebilmektedir. Doğumda ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullanılması doğum desteğinin en önemli unsurları arasında yer almaktadır. Doğumda nonfarmakolojik yöntem kullanılmasının doğum konforunu, doğum memnuniyetini ve anne bebek bağlanmasını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Varışoğlu ve Ünlü, 2020). Literatürü bu açıdan incelediğimizde Tandoğan ve Oskay'ın (2021) 72 primipar gebeye reboza tekniği uygulaması, Erenoğlu ve Baser'in (2019) 80 kadına ekspressif dokunmayı çalışması, Kaplan ve Çevik'in (2021) 120 kadında yönlendirilmiş imgelem ve ayak refleksolojisi uyguladığı çalışması, Karacan'ın (2022) 114 kadına nefes egzersizi uyguladığı çalışması, doğumda hidroterapi uygulayan Erişen (2022) ile Tuncay, Kaplan ve Moraloğlu (2016)'nun çalışmaları ve Sade'nin (2020) 154 kadınla masaj tekniklerini uyguladığı çalışmasını bu anlamda en güncel kullanılan yöntemler olarak gösterebiliriz.

### 2.3.3. Çevresel Ve Kurumsal Faktörler

Doğum memnuniyetini etkileyen çevresel ve kurumsal faktörler; doğumun gerçekleştiği ortam ve doğum yapıldığı kurumun genel özellikleri, obstetrik girişimler, müdahaleler ve doğum sonrası yenidoğanın sağlık durumu konularını içermektedir (Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018). Doğal doğumun temel felsefesi, gerekmedikçe eyleme müdahale edilmemesidir. Fakat son zamanlarda doğum eyleminin yönetimiyle ilgili bilgilerin giderek artması, doğuma müdahalenin

artmasına neden olmuş ve bu durum doğumda anne memnuniyetini olumsuz yönde etkilemiştir ( Bilgin, 2022).

Amerikan Jinekoloji ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG, 2019)'ne göre doğumda anne memnuniyetini artımanın yolu eylemde güvenli ve gelişen teknikler kullanarak, minimum müdahalede bulunmaktır. Son yıllarda rutin olarak uygulanan obstetrik girişimler (intravenöz kateter, lavman, epizyototomi, oksitosin indüksiyon vb.) sonucunda sezaryene yönelimin artması "Anne Dostu Hastane" kavramının öne çıkmasına neden olmuştur (Bilgin, 2022; Karabel, Demirbaş ve İnci, 2017). Diğer taraftan doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasının doğum sürecini, doğumda ağrı ile baş edilebilmeyi ve doğum memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri gevşeme, tensel uyarılma, mental uyarılma ve solunum teknikleri olarak dört ana başlıktan oluşmaktadır (Avcıbay ve Alan, 2011). Chaillet, Belaid, Crochetiere, Roy, Gagne, Moutquin ve diğerlerinin (2014) meta analiz çalışmasında nonfarmakoljik yöntemlerin müdahaleli doğumları azalttığı, doğum memnuniyetini artırdığı ve doğum süresini kısalttığı belirtilmiştir.

Doğum ortamının düzeni doğum memnuniyeti açısından önemli bir konudur. Doğum ortamında mahremiyetin sağlanması, tek kişilik oda ve tuvalet olması, suya girilebilen, gürültüden uzak, loş ve ferah bir ortam bulunması, hareket edebilen geniş bir alan ve göz yormayan renklerin, eşyaların olması kadının kendini ev ortamında hissederek olumlu doğum deneyimi yaşaması için ideal ortam olarak nitelendirilmektedir (Yücel ve Akın, 2018).

### 2.4. Doğum Memnuniyetinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü ve Önemi

Ülkemizde isteğe bağlı sezaryen oranının artışı doğum hizmetlerinde kalite ve kanıta dayalı hemşirelik/ebelik uygulamalarına olan önemi artırmıştır. Kadınların doğumda aldıkları hizmeti algılama durumlarının bir sonraki doğum tercihini ve önerme durumlarını da ciddi oranda etkilediği görülmektedir. Ayrıca kadınların doğum yöntemine karar verme süreçlerini etkileyen en önemli faktörleri hemşire ebe desteği ve hekim önerisi oluşturmaktadır (Aktaş ve Gökgöz, 2015; Bilgin, 2022; Karabel ve diğerleri, 2017). Ülkemizdeki gebeler herhangi bir zaruri durum olmamasına ragmen, doğum korkusunun etkisiyle %47,4 oranında sezaryen

doğumdan yana tercihte bulunmaktadır. Bu sonuçlar sebebiyle, ebe ve hemşirelerin, gebelerin doğum korkusuyla başetmeleri ve korkularını önlemede son derece önemli fonksiyonları bulunmaktadır. (Zeybek Yılmaz ve Turan, 2022).

Hemşire/ebe, doğumda kadının fizikî ve ruhî ihtiyaçlarını giderme, bilgi sahibi yapma ve haklarını koruma misyonuna sahiptir. Doğum kliniklerinde yer alan hemşireler/ebeler çoğunlukla kadınlara destekleyici bakım aktiviteleri sunmaktadır. Bunlar; güven oluşturma, kadının beklentilerini ve korkularını ifâde etmesinde cesaretlendirme, ağrı veya korku durumunda kadının yanında bulunma, gevşeme ve ıkınma tekniklerini öğretme, alternatif ıkınma ve gevşeme tekniklerini kullanmasını sağlama, kadının verdiği çabayı takdir etme ve destekleme, bilgi verme şeklindedir (Karaçam ve Akyüz, 2011). Özellikle doğumda sağlanan kesintisiz birebir fiziksel desteğin (nonfarmakolojik yöntemler kullanılması, ayağa kalkmasını sağlama v.b.) doğumda müdahalelerin azaltılmasına ve vajinal doğum hızlarının artmasına olumlu etkisinin olduğu bildirilmektedir (Bayrı Bingöl, Demirgöz Bal, Yılmaz Esencan, Karakoç, Küçükoğlu, Çiftçi, Mutlu ve Arı, 2020).

Hemşire ve ebelerin doğumdaki kadınla iletişimi güçlü ve sağlıklı olmalıdır. Doğumda fiziksel, duygusal ve bilgilendirici desteğin sağlanması iyi iletişim becerileri gerektirir. Bu anlamda hemşire ve ebelerin kaliteli bakım verebilmesi için iletişim becerileri gelişmiş olmalıdır (İldan Çalım ve Saruhan, 2019). Gebelerin bakım sürecinin daha sağlıklı bir şekilde yürütülmesinde, doğum korkusuyla stresin azaltılmasında, kadınların doğum ağrılarını algılama durumunun, doğumdaki anestezik, analjezi ihtiyaçlarının minimum seviyeye çekilmesinde ebe ve hemşirelerin etkili iletişim yöntemlerini bilmeleri ve uygulamaları son derece olumlu ve önemli sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Kadınların doğum esnasında ve doğum ertesinde özgüvenlerinin ve doğum memnuniyet düzeylerinin artması, ebe ve hemşirelerin etkili iletişim yöntemlerini kullanarak, kadınları duygusal yönden desteklemesiyle bağlantılıdır. Kadınların bir deneyim alanı olarak doğumdan olumlu çıktılarla ayrılmaları, bakım hizmetlerini kaliteli şekilde veren ve etkili iletişim yöntemlerini kullanan ebe ve hemşirelerin varlığıyla doğru orantılıdır. (Kaya, İldan Çalım ve Uçan, 2021).

Doğum sırasında ebe ve hemşireler tarafından anneye yaklaşımda kullanılan ses tonu ve davranışlar doğumu ve anneyle bebeğini önemli bir şekilde etkilemektedir. Kadınların doğum deneyimlerinin olumlu sonuçlanmasında ebe ve hemşireler

tarafından etkili iletişim yöntemleriyle iletişime davet edilmeleri ve buna uygun yaklaşım geliştirmeleri oldukça önemlidir (Kaya ve diğerleri, 2021). Bu anlamda doğumda destek veren hemşire ve ebeler annelerin isteğe bağlı sezaryene yönelimini azaltmada kilit rol oynamaktadır. İletişim becerilerini geliştiren, doğuma ve kadına saygılı idealist hemşire ve ebelerin, doğal doğumun artırılması yönünde katkı sağlayacakları düşünülmektedir.

# 3. GEREÇ ve YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmada vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerinin ve memnuniyet düzeyini etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Ankara'da bulunan iki özel hastanede 18 Aralık 2021-15 Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Keçiören'de hizmet veren hastanenin doğum servisinde 11 hasta odası, 1 anne ve bebek uyum odası, 1 doğumhane bulunmaktadır. Travay takipleri hasta odasında yapılmakta olup, doğum eylemi doğumhanede gerçekleştirilmektedir. Doğum servisinde 10 hemşire ve 2 ebe görev yapmaktadır. Sincan'da hizmet veren hastanenin doğum servisinde ise 19 hasta odası, 2 anne ve bebek uyum odası, 1 doğumhane ve 1 travay odası bulunmaktadır. Doğum servisinde 7 hemşire ve 4 ebe görev yapmaktadır. Her iki hastanede de gebelerin eğitim ve bilgilendirilmeleri hekimler tarafından gebelik muayene dönemlerinde yapılmakta olup gebe eğitim sınıfları mevcut değildir.

## 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni, belirtilen iki özel hastanede vajinal yolla doğum yapan kadınlardan oluşmuştur. Örneklem, evrenin bilinmediği durumda örneklem sayısının hesaplanması için kullanılan formül ($n = pqt2$ / d2) yardımıyla belirlenmiştir (p=0,50; q=0,50; t=1,96; d=0,05, %95 güven aralığında, ± 0,05 örnekleme hatası). Buna göre örneklem büyüklüğü 335 gebe kadından oluşmuştur. Örnekleme 18 yaş ve üzerindeki vajinal doğum yapmış gönüllü kadınlar alınmıştır.

## 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK- 1) ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) (Normal Doğum) (EK- 2) olmak üzere iki form aracılığıyla toplanmıştır.

### 3.4.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Bu form araştırmacıların hazırlamış olduğu ve kadınların sosyodemografik bilgilerini (eğitim seviyesi, yaş, gelir seviyesi vb.), obstetrik öyküsünü (doğum sayısı,

haftası vb.), bu doğumuna ilişkin bilgilerini (hareket özgürlüğü tanınması, epizyotomi uygulanması vb.), sağlık çalışanlarının doğum eylemindeki yaklaşımlarına ilişkin bilgilerini (bilgi desteği, verilen bakım vb.) ve özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanmış 29 sorudan oluşmaktadır (EK- 1).

#### 3.4.2. 2. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) (Normal Doğum)

Güngör ve Beji (2009) tarafından doğum eyleminde annelerin memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve geçerlik/güvenirlik çalışması yapılan 34 madde ve 10 alt boyuttan oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin alt boyutlarını; doğum eyleminde hemşirelik bakımı, sağlık ekibini algılayışı, rahatlama, bebekle tanışma, kararlara katılım ve bilgilendirme, hastane odası, postapartum bakım, hastane olanakları, beklentilerin karşılanması, mahremiyet ve saygı oluşturmaktadır. Ölçek vajinal doğum yapan kadınlar tarafından doğrudan yanıtlanabilmektedir. Maddeler ifadelere katılıp katılmama durumuna göre (1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum) 5'li likert tipi formunda işaretlenip, puanlama yapılmaktadır. Maddelerin on üçü (7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 35, 36, 38, 41, 42) ters puanlı olup, bu maddeler ters çevrildikten sonra ölçeğin puanı hesaplanmaktadır.

Toplam ölçek puanı, ters puanlı maddelerin çevrilmesinin ardından ölçeğin tüm maddelerinin puanlarının toplamını ifade eder. Toplam alt boyut puanı ise, alt boyutu ortaya koyan bütün maddelerin toplamıdır. Ölçeğin ham puan toplamı 43-215 değerleri arasında yer almaktadır. Ölçekteki toplam puanın artması, annelerinin normal doğum sırasında hastane tarafından verilen bakım konusundaki memnuniyet düzeyinin yükseldiğini ifade eder. Ölçeğin kesme noktası 150,5 (≥150,5 memnuniyet düzeyi yüksek, <150,5 memnuniyet düzeyi düşük) ve iç tutarlılık kat sayısı ,91 dir. Araştırmamızdan Cronbach Alfa kat sayısı ,98 olarak bulunmuştur (EK- 2).

### 3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırma 18 yaş ve üzerindeki, vajinal doğum yapmış, gönüllü kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak 18 Aralık 2021-15 Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Formlar, araştırmaya dahil olan kadınlara çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak onamları alındıktan sonra uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür. Çalışmaya

katılan kadınlara, ankette adlarının belirtilmeyeceği, çalışmaya katılmanın tamamen kendi isteklerine bağlı olduğu, çalışma sonuçlarının bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı ifade edilmiştir.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM SPSS 26 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan DAMDÖ'nün toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması, standart sapması, maksimum ve minimum değerleri belirlenmiştir. Katerorik değişkenler için frekans analizleri sunulmuştur. Frekans analizleri gruplara ait sayı (n) ve yüzde (%) değerleriyle birlikte verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ise ortalama (X), standart sapma (SD), minimum (Min) ve maksimum (Max) değerleri ile birlikte gösterilmiştir.

En uygun istatistiksel testin seçiminde Shapiro-Wilk testi ile normal dağılıma uygunluk ve Levene testi ile varyans homojenlik varsayımına uygunluk incelenmiştir. Normal dağılıma uygun olan ölçüm puanları için, iki bağımsız grup karşılaştırma testlerinden bağımsız gruplarda t-testi, üç veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Anova testi uygulanmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Tukey testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (EK- 4), Lokman Hekim Etlik Hastanesi Araştırma izni (EK- 5), Lokman Hekim Ankara Hastanesi Araştırma izni (EK-6) ve kullanılan Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) için yazarından elektronik ortamda izin (EK-7) alınmıştır. Örnekleme dahil edilen kadınların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

# 4. BULGULAR

**Tablo 1:** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=335)

| **Özellikler** | **Sayı** | **%** |
|---|---|---|
| **Evlilik yılı**: X̄ (SD) = 4,77 (4,02) | | |
| **Yaş:** X̄ (SD) = 29,57 (5,98) | | |
| 24 Yaş ve Altı | 81 | 24,2 |
| 25-34 Yaş | 176 | 52,5 |
| 35 Yaş ve Üzeri | 78 | 23,3 |
| **Eğitim düzeyi** | | |
| Okur-yazar değil | 13 | 3,9 |
| İlkokul | 21 | 6,3 |
| Ortaokul | 57 | 17,0 |
| Lise | 112 | 33,4 |
| Üniversite | 132 | 39,4 |
| **Çalışma durumu** | | |
| Çalışan | 147 | 43.9 |
| Çalışmayan | 188 | 56.1 |
| **Ekonomik durumu algılama** | | |
| Gelir giderden düşük | 40 | 11,9 |
| Gelir gidere denk | 243 | 72,5 |
| Gelir giderden yüksek | 52 | 15,5 |

Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyodemografik bilgilerine yönelik dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre kadınların evlilik yılı ortalamasının 4,77 (4,02), yaş ortalamasının 29,57 (5,98), %39,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %56,1'inin çalışmadığı ve %72,5'inin ekonomik durumunu algılamasında gelirin gidere denk olduğu görülmüştür.

**Tablo 2:** Kadınların Obstetrik Öyküleri ve Bu Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=335)

| **Özellikler** | **Sayı** | **%** |
|---|---|---|
| **Gebelik sayısı:** $\bar{X}$ (SD) = 1,90 (1,18) | | |
| **Bu gebeliğin planlı olma durumu** | | |
| Planlı | 235 | 70,1 |
| Plansız | 100 | 29,9 |
| **Parite** | | |
| Primipar | 191 | 57,0 |
| Multipar | 144 | 43,0 |
| **Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası** | | |
| Preterm | 51 | 15,2 |
| Term | 284 | 84,8 |

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik öyküleri ve bu gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Bulgular incelendiğinde, kadınların gebelik sayı ortalamasının 1,90 (1,18) olduğu, %84,8'inin gebelik haftasının term olduğu, %57'sinin primipar ve %70,1'lik kısmının bu gebeliğinin planlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 3:** Kadınların Doğumun Birinci Evresinde Uygulanan Müdahalelere Göre Dağılımı (n=335)

| **Doğumun birinci evresinde uygulanan müdahaleler** | **Sayı** | **%** |
|---|---|---|
| **Hareket özgürlüğü tanınması** | | |
| Tanınan | 209 | 62,4 |
| Tanınmayan | 126 | 37,6 |
| **Lavman uygulanması** | | |
| Uygulanan | 130 | 38,8 |
| Uygulanmayan | 205 | 61,2 |
| **Amniyotomi** | | |
| Yapılan | 143 | 42,7 |
| Yapılmayan | 192 | 57,3 |

**Tablo 3: (Devamı)** Kadınların Doğumun Birinci Evresinde Uygulanan Müdahalelere Göre Dağılımı (n=335)

| | | |
|---|---|---|
| **Oksitosin indüksiyonu** | | |
| Uygulanan | 239 | 71,3 |
| Uygulanmayan | 96 | 28,7 |
| **Sürekli NST uygulanması** | | |
| Uygulanan | 241 | 71,9 |
| Uygulanmayan | 94 | 28,1 |
| **Oral alıma izin verilmesi** | | |
| Verilen | 167 | 49,9 |
| Verilmeyen | 168 | 50,1 |
| **Epidural/spinal anestezi kullanılması** | | |
| Kullanılan | 221 | 66,0 |
| Kullanılmayan | 114 | 34,0 |
| **Ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemleri kullanması** | | |
| Kullanan | 241 | 71,9 |
| Kullanmayan | 94 | 28,1 |

*Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler: masaj, duş alınması, gevşeme ve nefes egzersizleri.

Araştırmaya katılan kadınların doğum eyleminin birinci evresinde uygulanan müdahalelere göre dağılımları Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre kadınların %62,4'ünde hareket özgürlüğü tanındığı, %61,2'sinde lavman uygulanmadığı, %57,3'ünde amniyotomi uygulanmadığı, %71,3'ünde oksitosin uygulandığı, %71,9'unda sürekli Non Stres testi (NST) uygulandığı, %50,1'inde oral alımın kesildiği, %66'sında epidural/spinal anestezi kullanıldığı, %71,9'unda ise ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullanıldığı saptanmıştır.

**Tablo 4:** Kadınların Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresine Yönelik Özellikleri ve Uygulanan Müdahalelere Göre Dağılımı (n=335)

| **Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresine ilişkin özellikler** | **Sayı** | **%** |
|---|---|---|
| **Fundal bası yapılması** | | |
| Yapılan | 183 | 54,6 |
| Yapılmayan | 152 | 45,4 |
| **Fetal başın doğumuna müdahale edilmesi** | | |
| Edilen | 39 | 11,6 |
| Edilmeyen | 296 | 88,4 |
| **Epizyotomi açılması** | | |
| Yapılan | 198 | 59,1 |
| Yapılmayan | 137 | 40,9 |
| **Laserayon gelişme durumu** | | |
| Gelişen | 91 | 27,2 |
| Gelişmeyen | 244 | 72,8 |
| **Doğumdan hemen sonra ten tene temas yapılması** | | |
| Yapılan | 241 | 71,9 |
| Yapılmayan | 94 | 28,1 |
| **İlk 30 dk emzirmenin başlatılması** | | |
| Başlatılan | 194 | 57,9 |
| Başlatılmayan | 141 | 42,1 |

Araştırmaya katılan kadınların doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresine ilişkin özelliklere göre dağılımları Tablo 4'te gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların %54,6'sında fundal bası yapıldığı, %11,6'sına fetal başın doğumuna müdahale edildiği, %72,8'inde laserasyon gelişmediği, %59,1'ine epizyotomi uygulandığı, %71,9'unun doğumundan hemen sonra bebeğiyle tentene temas yaptığı, %57,9'unun doğumdan sonraki ilk 30 dakika içinde bebeğini emzirdiği görülmüştür.

**Tablo 5:** Kadınların Doğum Eylemini Algılama ve Sağlık Personelinin Yaklaşımlarını Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı (n=335)

| **Doğum eylemine yönelik değerlendirme alanları** | **Sayı** | **%** |
|---|---|---|
| **Doğum eylemine yönelik algı** | | |
| Çok kolay | 122 | 36,4 |
| Çok zor, güç | 119 | 35,5 |
| Sıkıntılı, ağrılı, acı verici | 94 | 28,1 |
| **Bir sonraki doğumdaki tercih** | | |
| Vajinal Doğum | 198 | 59,1 |
| Sezaryen Doğum | 137 | 40,9 |
| **Diğer gebelere vajinal doğumu önerme durumu** | | |
| Evet | 200 | 59,7 |
| Hayır | 135 | 40,3 |
| **Doğum eyleminde alınan bakımı değerlendirme durumu** | | |
| Çok iyi | 189 | 56,4 |
| İyi | 61 | 18,2 |
| Orta | 49 | 14,6 |
| Kötü ve çok kötü | 36 | 10,7 |
| **Doğum eyleminde hemşire ve ebeden destek alma durumu** | | |
| Evet | 239 | 71,3 |
| Hayır | 28 | 8,4 |
| Kısmen | 68 | 20,3 |
| **Doğum eyleminde hemşire ve ebe tarafından bilgilendirilme** | | |
| Evet | 248 | 74,0 |
| Hayır | 87 | 26,0 |
| **Doğum eyleminde hemşire ve ebenin mahremiyeti koruması** | | |
| Evet | 292 | 87,2 |
| Hayır | 43 | 12,8 |

Araştırmaya katılan kadınların doğum eylemini algılama ve eylem süresince sağlık personelinin yaklaşımlarını değerlendirme durumlarına göre dağılımı Tablo 5 içerisinde verilmiştir. Bulgular incelendiğinde, kadınların %36,4'lük kısmının doğumu çok kolay olarak değerlendirdiği, %59,1'inin bir sonraki doğum tercih

durumunun vajinal doğum olduğu, %59,7'sinin diğer gebelere vajinal doğumu önerecekleri görülmektedir.

Diğer bulgular incelendiğinde, kadınların %56,4'ünün doğum eyleminde aldığı bakımı çok iyi şeklinde değerlendirdiği, %71,3'ünün doğum eyleminde hemşire ve ebeden destek aldığını belirttiği, %74'ünün doğum eylemi süresince hemşire ve ebe tarafından bilgilendirildiğini ifade ettiği, %87,2'sinin doğum eyleminde hemşire ve ebe tarafından mahremiyetlerinin korunduğunu belirttiği görülmüştür.

**Tablo 6:** Kadınların Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalaması

| **Alt boyutlar** | **X̄** | **SD** | **Min.** | **Max.** | **DAMDÖ'den alınabilecek** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **Min.** | **Max.** |
| Sağlık Ekibini Algılayışı | 15,19 | 5,09 | 4,00 | 20,00 | 4,00 | 20,00 |
| Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı | 7,29 | 2,78 | 2,00 | 10,00 | 2,00 | 10,00 |
| Rahatlatma | 12,56 | 5,40 | 4,00 | 20,00 | 4,00 | 20,00 |
| Kararlara Katılım Ve Bilgilendirme | 29,67 | 9,50 | 8,00 | 40,00 | 8,00 | 40,00 |
| Bebekle Tanışma | 9,46 | 4,89 | 3,00 | 15,00 | 3,00 | 15,00 |
| Postpartum Bakım | 20,51 | 7,60 | 6,00 | 30,00 | 6,00 | 30,00 |
| Hastane Odası | 13,16 | 5,61 | 4,00 | 20,00 | 4,00 | 20,00 |
| Hastane Olanakları | 9,44 | 4,01 | 3,00 | 15,00 | 3,00 | 15,00 |
| Mahremiyete Saygı | 16,90 | 3,86 | 4,00 | 20,00 | 4,00 | 20,00 |
| Beklentilerin Karşılanması | 16,47 | 5,89 | 5,00 | 25,00 | 5,00 | 25,00 |
| **Toplam** | **150,65** | **48,61** | **51,00** | **215,00** | **51,00** | **215,00** |

Araştırmaya katılan kadınların DAMDÖ toplam puan ile alt boyut puanı ortalaması Tablo 6'da verilmiştir. Bulgulara göre, sağlık ekibini algılayışı alt boyut puan ortalamasının 15,19 (5,09), doğum eyleminde hemşirelik bakımı alt boyut puan

ortalamasının 7,29 (2,78), rahatlama alt boyut puan ortalamasının 12,56 (5,40), kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyut puan ortalamasının 29,67 (9,50), bebekle tanışma alt boyut puan ortalamasının 9,46 (4,89), postpartum bakım alt boyut puan ortalamasının 20,51 (7,60), hastane odası alt boyut puan ortalamasının 13.16 (5.61), hastane olanakları alt boyut puan ortalamasının 9,44 (4,01), mahremiyete saygı alt boyut puan ortalamasının 16,90 (3,86), beklentilerin karşılanması alt boyut puan ortalamasının 16,47 (5,89) ve DAMDÖ toplam puan ortalamasının 150,65 (48,61) olduğu bulunmuştur.

**Tablo 7:** Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyet Düzeyleri Dağılımı

| **Özellikler** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Düşük memnuniyet | 133 | 39,7 |
| Yüksek memnuniyet | 202 | 60,3 |
| **Toplam** | **335** | **100** |

Kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerinin dağılımı Tablo 7'de yer almaktadır. Buna göre kadınların %39,7'sinin memnuniyet düzeyi düşük (< 150,5) %60,3'ünün memnuniyet düzeyinin yüksek ( ≥150,5) olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 8:** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DAMDÖ Puan Ortalaması

| Özellikler | Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | Sağlık Ekibini Algılayışı | Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı | Rahatlama | Karara Katılım ve Bilgilendirme | Bebekle Tanışma | Postpartum Bakım | Hastane Odası | Hastane Olanakları | Mahremiyet ve Saygı | Beklentilerin Karşılanması | Toplam |
| | | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) |
| **Eğitim durumu** | | | | | | | | | | | | |
| Okuryazar değil[1] | 13 | 15,23 (3,88) | 7,46 (2,88) | 11,38 (5,01) | 30,85 (7,77) | 7,92 (4,87) | 20,31 (7,32) | 11,54 (4,93) | 7,54 (3,13) | 16,77 (2,83) | 14,31 (5,44) | 143.31 (41,47) |
| İlkokul[2] | 21 | 15,10 (6,15) | 7,29 (3,12) | 13,00 (5,10) | 29,33 (10,89) | 8,71 (5,26) | 19,71 (8,32) | 12,24 (5,68) | 8,95 (4,08) | 16,48 (4,14) | 15,86 (6,44) | 146.67 (50,16) |
| Ortaokul[3] | 57 | 13,51 (5,78) | 6,67 (3,06) | 11,39 (5,49) | 26,81 (10,27) | 7,95 (5,28) | 18,96 (8,02) | 12,14 (6,04) | 8,95 (4,08) | 16,12 (4,38) | 14,72 (6,11) | 137.21 (52,96) |
| Lise[4] | 112 | 14,64 (5,16) | 7,04 (2,70) | 12,17 (5,61) | 28,56 (9,50) | 9,13 (4,80) | 19,77 (7,73) | 13,06 (5,64) | 9,04 (4,06) | 16,56 (4,08) | 16,18 (5,77) | 146.17 (48,72) |
| Yüksekokul /üniversite[5] | 132 | 16,38 (4,37) | 7,74 (2,63) | 13,45 (5,19) | 31,77 (8,69) | 10,66 (4,49) | 21,96 (7,07) | 13,98 (5,39) | 10,27 (3,89) | 17,61 (3,39) | 17,78 (5,63) | 161.61 (45,26) |
| İstatistiksel Analiz* | | F= 3,809, **p= 0, 005** | F= 1,832, p= 0,122 | F= 1,933, p= 0,105 | F= 3,448, **p= 0,009** | F= 4,066, **p= 0,003** | F= 2,150, p= 0.074 | F= 1,617, p= 0,170 | F= 2,752, **p= 0,028** | F= 1,983, p= 0,097 | F= 3,559, **p= 0,007** | F= 3,195, **p= 0,014** |
| Fark** | | 3<5 | - | - | 3<5 | 3<5 | - | - | 3<5 | - | 3<5 | 3<5 |
| **Çalışma durumu** | | | | | | | | | | | | |
| Çalışmayan | 188 | 14,23 (5,45) | 6,90 (2,90) | 11,95 (5,44) | 27,85 (9,93) | 8,47 (4,97) | 19,31 (7,81) | 12,38 (5,82) | 8,86 (4,06) | 16,31 (4,15) | 15,37 (5,97) | 141,63 (50,19) |
| Çalışan | 147 | 16,41 (4,29) | 7,78 (2,56) | 13,35 (5,28) | 31,99 (8,38) | 10,73(4,49) | 22,05 (7,05) | 14,16 (5,18) | 10,19(3,82) | 17,66 (3,32) | 17,87 (5,50) | 162,18 (44,06) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=-4,094, **p<0,001** | t=-2,915, **p= 0,004** | t=-2,381, **p= 0,018** | t=-4,129, **p<0,001** | t=-4,364, **p<0,001** | t=-3,373, **p<0,001** | t=-2,953, **p= 0,003** | t=-3,049, **p= 0,002** | t=-3,310**, p= 0,001** | t=-3,934**, p<0,001** | t=-3,985, **p<0,001** |

**Tablo 8: (Devamı)** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DAMDÖ Puan Ortalaması

| **Ekonomik durumu algılama** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gelir giderden düşük | 40 | 15,60 (4,26) | 7,60 (2,65) | 12,18 (5,19) | 30,27 (8,22) | 9,45 (4,84) | 21,00 (6,77) | 14,32 (4,80) | 9,93 (3,55) | 17,15 (3,00) | 15,45 (5,28) | 152,95 (40,43) |
| Gelir-gidere denk | 243 | 15,19 (5,16) | 7,25 (2,83) | 12,45 (5,39) | 29,49 (9,58) | 9,37 (4,89) | 20,41 (7,67) | 12,98 (5,75) | 9,33 (4,10) | 16,81 (4,04) | 16,45 (5,95) | 149,72 (49,60) |
| Gelir giderden yüksek | 52 | 14,85 (5,37) | 7,23 (2,71) | 13,40 (5,63) | 30,00 (10,13) | 9,90 (4,98) | 20,63 (7,98) | 13,10 (5,51) | 9,62 (3,92) | 17,13 (3,64) | 17,33 (6,02) | 153,19 (50,36) |
| İstatistiksel Analiz* | | F= 0,247, p= 0,781 | F= 0,287, p= 0,751 | F= 0,786, p= 0,456 | F= 0,154, p= 0,858 | F= 0,258, p= 0,773 | F= 0,112, p= 0,894 | F= 0,991, p= 0,372 | F= 0,434, p= 0,648 | F= 0,243, p= 0,784 | F= 1,152, p= 0,317 | F= 0,159, p= 0,853 |

*ANOVA Testi.

Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyodemografik bilgilerine göre DAMDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları Tablo 8'de verilmiştir.

Kadınların eğitim durumlarına göre DAMDÖ toplam puan ortalamaları arasında bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Üniversite mezunu olan memnuniyet düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Doğum yapan kadınların eğitim durumlarına göre DAMDÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık ekibini algılayışı, karara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, beklentilerin karşılanması, hastane olanakları alt boyutlarında anlamlı bir fark gözlenmiş olup ($p<0,05$); diğer alt boyutlarda ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 141,63 (50,19) ile çalışan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 162,18 (44,06) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışan kadınların memnuniyet düzeylerinin çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Doğum yapan kadınların çalışma durumlarına göre DAMDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların ekonomik durumlarını algılamasına göre DAMDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

**Tablo 9:** Kadınların Obstetrik Öyküleri ve Bu Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre DAMDÖ Puan Ortalaması

| Özellikler | n | Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sağlik Ekibini Algılayışı | Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı | Rahatlama | Karara Katılım ve Bilgilendirme | Bebekle Tanışma | Postpartum Bakım | Hastane Odası | Hastane Olanakları | Mahremiyete Saygı | Beklentilerin Karşılanması | Toplam |
| | | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) |
| **Parite** | | | | | | | | | | | | |
| Multipar | 144 | 16,41 (4,27) | 7,90 (2,43) | 13,93 (5,16) | 31,94 (8,34) | 10,37 (4,91) | 22,12 (6,90) | 14,62 (4,90) | 10,40 (3,76) | 17,62 (3,36) | 18,67 (5,12) | 163,98 (42,95) |
| Primipar | 191 | 14,26 (5,46) | 6,83 (2,95) | 11,53 (5,37) | 27,95 (9,97) | 8,77 (4,77) | 19,30 (7,89) | 12,06 (5,87) | 8,72 (4,05) | 16,36 (4,13) | 14,81 (5,91) | 140,60 (50,30) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= 4,042, **p<0,001** | t= 3,633, **p<0,001** | t= 4,136, **p<0,001** | t= 3,991, **p<0,001** | t= 2,990, **p= 0,003** | t= 3,473, **p<0,001** | t= 4,346, **p<0,001** | t= 3,918, **p<0,001** | t= 3,100, **p= 0,002** | t= 6,386, **p<0,001** | t= 4,581, **p<0,001** |
| **Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası** | | | | | | | | | | | | |
| Term | 284 | 15,40 (5,01) | 7,38 (2,75) | 12,95 (5,39) | 30,16 (9,30) | 10,07 (4,68) | 21,06 (7,50) | 13,42 (5,55) | 9,63 (3,95) | 17,13 (3,72) | 16,72 (5,91) | 153,92 (47,98) |
| Preterm | 51 | 13,98 (5,38) | 6.,8 (2,97) | 10,39 (4,97) | 26,90 (10,20) | 6,06 (4,64) | 17,49 (7,50) | 11,73 (5,81) | 8,43 (4,24) | 15,61 (4,41) | 15,06 (5,63) | 132,43 (48,55) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= 1,843, p= 0,066 | t= 1,401, p= 0,162 | t= 3,159, **p= 0,002** | t= 2,271, **p= 0,024** | t= 5,643, **p<0,001** | t= 3,126, **p= 0,002** | t= 1,989, **p= 0,048** | t= 1,970, **p= 0,050** | t= 2,620, **p= 0,009** | t= 1,863, p= 0,063 | t= 2,940, **p= 0,004** |
| **Bu gebeliğin planlı olma durumu** | | | | | | | | | | | | |
| Planlı olan | 235 | 16,17 (4,62) | 7,77 (2,63) | 13,45 (5,31) | 31,50 (8,69) | 10,57 (4,55) | 22,05 (6,99) | 14,25 (5,31) | 10,31 (3,78) | 17,30 (3,84) | 17,54 (5,53) | 160,91 (45,39) |
| Planlı olmayan | 100 | 12,86 (5,39) | 6,16 (2,82) | 10,49 (5,05) | 25,36 (9,96) | 6,86 (4,68) | 16,90 (7,78) | 10,59 (5,48) | 7,41 (3,80) | 15,96 (3,76) | 13,94 (5,96) | 126,53 (47,59) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= 5,370**, p<0,001** | t= 4,863, **p<0,001** | t= 4,727, **p<0,001** | t= 5,357, **p<0,001** | t= 6,765, **p<0,001** | t= 5,710, **p<0,001** | t= 5,717, **p<0,001** | t= 6,416, **p<0,001** | t= 2,943, **p= 0,003** | t= 5,331, **p<0,001** | t= 6,252, **p<0,001** |

*ANOVA Testi

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik öyküleri ve bu gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre DAMDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 9'da verilmiştir.

Multipar kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 163,98 (42,95) ile primipar kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 140,60 (50,30) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Multipar ve primipar kadınların DAMDÖ alt boyutları incelendiğinde de tüm alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$).

Bu gebeliği planlı olan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 160,91 (45,39) ile bu gebeliği planlı olmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 126,53 (47,59) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu gebeliğini planlama durumuna göre DAMDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Doğumu gerçekleştiği gebelik haftası term olan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 153,92 (47,98) ile haftası preterm olan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 132,43 (48,55) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). DAMDÖ alt boyutları puan ortalaması incelendiğinde; rahatlama, bebekle tanışma, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane odası, mahremiyete saygı alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

**Tablo 10:** Kadınların Doğumun Birinci Evresinde Uygulanan Müdahalelere Göre DAMDÖ puan ortalaması

| Doğumun birinci evresinde uygulanan müdahaleler | Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | Sağlık Ekibini Algılayışı | Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı | Rahatlama | Kararlara Katılım ve Bilgilendirme | Bebekle Tanışma | Postpartum Bakım | Hastane Odası | Hastane Olanakları | Mahremiyete Saygı | Beklentilerin Karşılanması | Toplam |
| | | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) |
| **Hareket özgürlüğü tanınması** | | | | | | | | | | | | |
| Tanınan | 209 | 17,18 (3,64) | 8,29 (2,13) | 14,60 (4,68) | 33,49 (7,18) | 11,81 (3,79) | 23,93 (5,72) | 15,36 (4,55) | 10,95 (3,53) | 18,11 (3,09) | 18,83 (4,99) | 172,56 (37,00) |
| Tanınmayan | 126 | 11,88 (5,42) | 5,62 (2,94) | 9,18 (4,81) | 23,32 (9,49) | 5,56 (3,90) | 14.,4 (6,92) | 9.,0 (5,29) | 6,94 (3,48) | 14.90 (4,19) | 12,55 (5,15) | 114,29 (43,60) |
| İstatistiksel Analiz | | t= 9,720, **p<0,001** | t= 8,882, **p<0,001** | t= 10,165, **p<0,001** | t= 10,375, **p<0,001** | t= 14,472, **p<0,001** | t= 12,415, **p<0,001** | t= 10,340, **p<0,001** | t= 10,124, **p<0,001** | t= 7,440, **p<0,001** | t= 11,037, **p<0,001** | t= 12,528, **p<0,001** |
| **Lavman uygulanması** | | | | | | | | | | | | |
| Uygulanan | 205 | 13,37 (5,58) | 6,22 (2,91) | 11,09 (5,29) | 2612 (1,33) | 8,22 (4,80) | 17,89 (8,18) | 11,39 (5,80) | 8,28 (3,99) | 16,08 (4,13) | 14,56 (6,33) | 133,22 (51,79) |
| Uygulanmayan | 130 | 16,34 (4,39) | 7,97 (2,48) | 13,50 (5,28) | 31,91 (8,19) | 10,25 (4,79) | 22,18 (6,72) | 14,28 (5,20) | 10,18 (3,85) | 17,42 (3,59) | 17,68 (5,26) | 161,70 (43,09) |
| İstatistiksel Analiz | | t=-5,140, **p<0,001** | t=-5,676**,** **p<0,001** | t=-4,061, **p<0,001** | t=-5,403, **p<0,001** | t=-3,785, **p<0,001** | t=-4,998, **p<0,001** | t=-4,617, **p<0,001** | t=-4,330, **p<0,001** | t=-3,153, **p= 0,002** | t=-4,679, **p<0,001** | t=-5,226, **p<0,001** |
| **Amniyotomi** | | | | | | | | | | | | |
| Uygulanan | 192 | 14,12 (5,43) | 6,65 (2,91) | 11,36 (5,24) | 27,92 (10,04) | 8,77 (4,76) | 18,99 (7,99) | 12,23 (5,94) | 8,80 (4,10) | 16,23 (4,22) | 15,02 (5,82) | 140,09 (50,74) |
| Uygulanmayan | 143 | 15,98 (4,67) | 7,76 (2,59) | 13,46 (5,36) | 30,96 (8,88) | 9,97 (4,93) | 21,65 (7,10) | 13,85 (5,26) | 9,93 (3,88) | 17,40 (3,50) | 17,55 (5,72) | 158,51 (45,53) |
| İstatistiksel Analiz | | t=-3,289, p= 0,001 | t=-3,614, p<0,001 | t=-3,592, p<0,001 | t=-2,879, p= 0,004 | t=-2,246, p= 0,025 | t=-3,149, p= 0,002 | t=-2,587, p= 0,010 | t=-2,574, p= 0,010 | t=-2,695, p= 0,007 | t=-3,966, p<0,001 | t=-3,432, p<0,001 |
| **Oksitosin indiksiyonu** | | | | | | | | | | | | |
| Uygulanan | 239 | 14,84 (5,22) | 7,08 (2,83) | 12,34 (5,36) | 29,17 (9,68) | 9,58 (4,75) | 20,21 (7,76) | 12,79 (5,68) | 9,21 (4,01) | 16,87 (3,87) | 15,99 (5,95) | 148,07 (49,53) |
| Uygulanmayan | 96 | 16,04 (4,67) | 7,80 (2,60) | 13,12 (5,51) | 30,91 (8,95) | 9,16 (5,21) | 21,28 (7,17) | 14,07 (5,36) | 10,04 (3,95) | 16,98 (3,87) | 17,67 (5,59) | 157,07 (45,85) |
| İstatistiksel Analiz | | t=-2,057, **p= 0,041** | t=-2,239, **p= 0,026** | t=-1,205, p= 0,229 | t=-1,570, p= 0,118 | t= 0,692, p= 0,490 | t=-1,213, p= 0,227 | t=-1,947, p= 0,053 | t=-1,733, p= 0,084 | t=-0,233, p= 0,816 | t=-2,375, **p= 0,018** | t=-1,588, p= 0,114 |

**Tablo 10: (Devamı)** Kadınların Doğumun Birinci Evresinde Uygulanan Müdahalelere Göre DAMDÖ puan ortalaması

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sürekli NST uygulanması** | | | | | | | | | | | | |
| Uygulanan | 241 | 14,16 (5,22) | 6,75 (2,84) | 11,40 (5,33) | 27,73 (9,71) | 8,34 (4,83) | 18,95 (7,73) | 12,06 (5,71) | 8,54 (3,99) | 16,27 (4,03) | 15.,10 (5,65) | 139,30 (48,32) |
| Uygulanmayan | 94 | 17,81 (3,59) | 8,66 (2,09) | 15,55 (4,37) | 34,64 (6,77) | 12,32 (3,75) | 24,53 (5,53) | 15,97 (4,22) | 11,76 (3,03) | 18,52 (2,84) | 19,99 (4,97) | 179,74 (35,65) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=-7,290, p<0,001 | t=-6,745, p<0,001 | t=-7,336, p<0,001 | t=-7,373, p<0,001 | t=-8,013, p<0,001 | t=-7,378, p<0,001 | t=-6,850, p<0,001 | t=-7,937, p<0,001 | t=-5,756, p<0,001 | t=-7,778, p<0,001 | t=-8,395, p<0,001 |
| **Oral alıma izin verilmesi** | | | | | | | | | | | | |
| Verilen | 168 | 17,41 (3,64) | 8,40 (2,15) | 15,23 (4,36) | 34,07 (6,68) | 12,01 (3,66) | 24,10 (5,83) | 15,62 (4.,0) | 11,19 (3,44) | 18,32 (2,68) | 19,07 (4,98) | 175,42 (35,52) |
| Verilmeyen | 167 | 12,97 (5,35) | 6,18 (2,91) | 9,91 (5,03) | 25,29 (9,87) | 6,92 (4,63) | 16,95 (7,49) | 10,71 (5,63) | 7,71 (3,78) | 15,49 (4,32) | 13,88 (5,59) | 126,02 (47,42) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=8,885, p<0,001 | t=7,912, p<0,001 | t=10,352, p<0,001 | t=9,550, p<0,001 | t=11,164, p<0,001 | t=9,742, p<0,001 | t=8,884, p<0,001 | t=8,786, p<0,001 | t=7,221, p<0,001 | t=8,974, p<0,001 | t=10,795, p<0,001 |
| **Epidural/spinal anestezi kullanılması** | | | | | | | | | | | | |
| Kullanılan | 221 | 15,29 (5,03) | 7,33 (2,79) | 12,96 (5,28) | 30,38 (9,31) | 10,05 (4,62) | 21,12 (7,59) | 13,47 (5,59) | 9,72 (3,94) | 17,08 (3,81) | 16,49 (5,93) | 153,89 (48,20) |
| Kullanılmayan | 114 | 14,98 (5,21) | 7,21 (2,80) | 11,79 (5,59) | 28,28 (9,74) | 8,32 (5,19) | 19,33 (7,52) | 12,56 (5,63) | 8,90 (4,11) | 16,55 (3,95) | 16,43 (5,84) | 144,36 (48,99) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=0,523, **p= 0,601** | t=0,358, **p= 0,720** | t=1,892, **p= 0,059** | t=1,925, **p= 0,055** | t=3,004, p= 0,003 | t=2,051, p= 0,041 | t=1,400, **p= 0,162** | t=1,781, **p= 0,076** | t=1,188, **p= 0,236** | t=0,087, **p= 0,931** | t=1,705, **p= 0,089** |
| **Ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin kullanması** | | | | | | | | | | | | |
| Kullanan | 241 | 16,47 (4,39) | 7,91 (2,49) | 13,93 (5,06) | 32,38 (8,12) | 11,00 (4,30) | 22,76 (6,72) | 14,59 (5,12) | 10,53 (3,69) | 17,71 (3,47) | 17,84 (5,59) | 165,13 (42,81) |
| Kullanmayan | 94 | 11,89 (5,28) | 5,68 (2,87) | 9,05 (4,65) | 22,70 (9,26) | 5,50 (4,00) | 14,76 (6,66) | 9,48 (5,15) | 6,67 (3,41) | 14,84 (4,08) | 12,95 (5,16) | 113,52 (42,66) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=7,454, p<0,001 | t=6,629, p<0,001 | t=8,117, p<0,001 | t=8,891, p<0,001 | t=11,078, p<0,001 | t=9,821, p<0,001 | t=8,205, p<0,001 | t=9,078, p<0,001 | t=6,017, p<0,001 | t=7,356, p<0,001 | t=9,922, p<0,001 |

*ANOVA Testi

Araştırmaya katılan kadınların doğumun birinci evresinde uygulanan müdahalelere göre DAMDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 10'da verilmiştir.

Doğumun birinci evresinde hareket özgürlüğü tanınan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 172,56 (37,00) ile hareket özgürlüğü tanınmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 114,29 (43,60) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Doğum eyleminde hareket özgürlüğü tanınması durumuna göre DAMDÖ tüm alt boyut puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Lavman uygulaması yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 133,22 (51,79) ile lavman uygulaması yapılmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 161,70 (43,09) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Lavman uygulanma durumuna göre DAMDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Amniyotomi uygulaması yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 140,09 (50,74) ile amniyotomi uygulaması yapılmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 158,51 (45,53) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Amniyotomi uygulaması durumuna göre DAMDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Doğum eyleminde oksitosin indüksiyon uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 148,07 (49,53) ile oksitosin indüksiyonu uygulanmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 157,07 (45,85) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır ($p>0,05$).

Sürekli NST uygulaması yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 139,30 (48,32) ile sürekli NST uygulaması yapılmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 179,74 (35,65) arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). DAMDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde tüm alt boyutlarda gruplar arasında istatiksel bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Doğum eylemi süresince oral alımına izin verilen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 175,42 (35,52) ile oral alımına izin verilmeyen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 126,02 (47,42) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). DAMDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde tüm alt boyutlarda gruplar arasında istatiksel bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 165,13 (42,81) ile ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullanmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 113,52 (42,66) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). DAMDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Epidural/Spinal anestezi uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 157,07 (45,85) ile epidural/spinal anestezi uygulanmayan kadınların 148,07 (49,53) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,089$).

**Tablo 11:** Kadınların Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresine Yönelik Özellikleri ve Uygulanan Müdahalelere Göre DAMDÖ puan ortalaması

| Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresine İlişkin Özellikler | Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | Sağlık Ekibini Algılayışı | Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı | Rahatlama | Karara Katılım ve Bilgilendirme | Bebekle Tanışma | Postpartum Bakım | Hastane Odası | Hastane Olanakları | Mahremiyete Saygı | Beklentilerin Karşılanması | Toplam |
| | | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) | X̄ (SD) |
| **Fundal Bası yapılması** | | | | | | | | | | | | |
| Yapılan | 183 | 13,83 (5,37) | 6,55 (2,90) | 11,23 (5,30) | 27,06 (9,85) | 8,60 (4,80) | 18,64 (7,94) | 11,71 (5,82) | 8,42 (4,06) | 16,38 (4,05) | 14,63 (5,81) | 137,04 (49,88) |
| Yapılmayan | 152 | 16,82 (4,19) | 8,17 (2,36) | 14,17 (5,10) | 32,80 (8,03) | 10,50 (4,80) | 22,77 (6,51) | 14,90 (4,82) | 10,68 (3,59) | 17,53 (3,54) | 18,68 (5,20) | 167,03 (41,63) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=-5,737, **p<0,001** | t=-5,631, **p<0,001** | t=-5,164, **p<0,001** | t=-5,879, **p<0,001** | t=-3,615, **p<0,001** | t=-5,231, **p<0,001** | t=-5,489, **p<0,001** | t=-5,431, **p<0,001** | t=-2,758, p= 0,006 | t=-6,715, **p<0,001** | t=-5,996, **p<0,001** |
| **Epizyotomi** | | | | | | | | | | | | |
| Yapılan | 198 | 14,42 (5,33) | 6,85 (2,91) | 11,84 (5,46) | 28,10 (9,96) | 8,83 (4,81) | 19,35 (7,84) | 12,17 (5,86) | 8,89 (4,02) | 16,53 (4,01) | 14,95 (5,85) | 141,94 (49,94) |
| Yapılan | 137 | 16,28 (4,50) | 7,91 (2,47) | 13,61 (5,17) | 31,93 (8,32) | 10,37 (4,87) | 22,19 (6,92) | 14,59 (4,91) | 10,25 (3,87) | 17,45 (3,58) | 18,66 (5,24) | 163,23 (43,82) |
| İstatistiksel Analiz* | | t=-3,444, **p<0,001** | t=-3,583, **p<0,001** | t=-2,998, **p= 0,003** | t=-3,815, **p<0,001** | t=-2,874, **p= 0,004** | t=-3,490, **p<0,001** | t=-4,103, **p<0,001** | t=-3,091, **p= 0,002** | t=-2,155, **p= 0,032** | t=-6,058, **p<0,001** | t=-4,128, **p<0,001** |
| **Fetal başın doğurtulmasına müdahale edilmesi** | | | | | | | | | | | | |
| Edilen | 296 | 10,05 (5,34) | 4,64 (2,54) | 8,08 (4,23) | 20,00 (8,61) | 5,49 (3,24) | 13,44 (7,16) | 7,92 (4,64) | 6,21 (3,02) | 14,51 (5,09) | 10,62 (4,17) | 100,95 (40,46) |
| Edilmeyen | 39 | 15,86 (4,66) | 7,64 (2,63) | 13,16 (5,27) | 30,94 (8,86) | 9,98 (4,83) | 21,45 (7,16) | 13,85 (5,37) | 9,87 (3,93) | 17,22 (3,56) | 17,24 (5,65) | 157,20 (45,77) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= -7,197, **p<0,001** | t= -6,715, **p<0,001** | t= -6,837, p<0,001 | t= -7,267, **p<0,001** | t= -7,616, **p<0,001** | t= -6,566, **p<0,001** | t= -7,358, **p<0,001** | t= -6,857, **p<0,001** | t= -3,213, **p= 0,002** | t= -8,910, **p<0,001** | t= -7,305, **p<0,001** |
| **Laserasyon gelişme durumu** | | | | | | | | | | | | |
| Gelişen | 244 | 11,63 (5,40) | 5,47 (2,90) | 9,02 (4,52) | 23,09 (9,87) | 6,40 (4,09) | 15,35 (7,62) | 9,10 (5,35) | 6,84 (3,45) | 15,04 (4,34) | 11,91 (5,51) | 113,85 (46,26) |
| Gelişmeyen | 91 | 16,51 (4,27) | 7,96 (2,42) | 13,89 (5,11) | 32,12 (8,10) | 10,60 (4,67) | 22,44 (6,65) | 14,67 (4,92) | 10,42 (3,76) | 17,59 (3,43) | 18,17 (5,08) | 164,37 (41,94) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= -7,775, **p<0,001** | t= -7,294, **p<0,001** | t= -8,450, **p<0,001** | t= -7,801, **p<0,001** | t= -8,049, **p<0,001** | t= -7,832, **p<0,001** | t= -9,002, **p<0,001** | t= -8,241, **p<0,001** | t= -5,052, **p<0,001** | t= -9,797, **p<0,001** | t= -9,533, **p<0,001** |

**Tablo 11: (Devamı)** Kadınların Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresine Yönelik Özellikleri ve Uygulanan Müdahalelere Göre DAMDÖ puan ortalaması

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Doğumdan hemen sonra ten tene temas yapılması** | | | | | | | | | | | | |
| Yapılan | 241 | 17,07 (3,73) | 8,24 (2,23) | 14,39 (4,78) | 33,44 (7,07) | 11,58 (3,94) | 23,56 (5,92) | 15,18 (4,66) | 10,89 (3,47) | 18,02 (3,03) | 18,71 (4,93) | 171,09 (37,16) |
| Yapılmayan | 94 | 10,34 (4,90) | 4,83 (2,56) | 7,87 (3,88) | 19,99 (7,95) | 4,03 (2,07) | 12,69 (5,57) | 7,97 (4,37) | 5,74 (2,72) | 14,04 (4,29) | 10,72 (3,96) | 98,23 (32,62) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= 12,032, **p<0,001** | t= 11,364, **p<0,001** | t= 12,919, **p<0,001** | t= 14,334, **p<0,001** | t= 22,766, **p<0,001** | t= 15,352, **p<0,001** | t= 12,941, **p<0,001** | t= 14,331, **p<0,001** | t= 8,220, **p<0,001** | t= 15,440, **p<0,001** | t= 16,667, **p<0,001** |
| **İlk 30 dk emzirmenin başlatılması** | | | | | | | | | | | | |
| Başlatılan | 194 | 17,87 (2,75) | 8,72 (1,73) | 15,42 (4,13) | 35,05 (5,37) | 12,47 (3,24) | 24,87 (4,81) | 16,25 (3,66) | 11,58 (3,01) | 18,37 (2,71) | 19,83 (4,12) | 180,43 (27,52) |
| Başlatılmayan | 141 | 11,49 (5,25) | 5,31 (2,75) | 8,63 (4,39) | 22,26 (8,94) | 5,32 (3,56) | 14,52 (6,60) | 8,91 (5,02) | 6,51 (3,30) | 14,88 (4,28) | 11,84 (4,71) | 109,67 (40,91) |
| İstatistiksel Analiz* | | t= 13,179, **p<0,001** | t= 12,959, **p<0,001** | t= 14,474, **p<0,001** | t= 15,128, **p<0,001** | t= 19,128, **p<0,001** | t= 15,809, **p<0,001** | t= 14,737, **p<0,001** | t= 14,614, **p<0,001** | t= 8,518, **p<0,001** | t= 16,479, **p<0,001** | t= 17,815, **p<0,001** |

*ANOVA Testi

Araştırmaya katılan kadınların doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresine yönelik özellikleri ve uygulanan müdahalelere göre DAMDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 11'de verilmiştir.

Fundal bası yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 137,04 (49,88) ile fundal bası yapılmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 167,03 (41,63) arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Doğumun ikinci evresinde yapılan fundal bası yapılma durumuna göre ölçek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde tüm alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Doğumun ikinci evresinde epizyotomi uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 141,94 (49,94) ile epizyotomi uygulanmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 163,23 (43,82) arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Epizyotomi uygulanma durumuna göre DAMDÖ alt boyutları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Doğum eyleminde fetal başın doğurtulmasına müdahale edilen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 100,95 (40,46) ile fetal başın doğurtulmasına müdahale edilmeyen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 157,20 (45,77) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Doğumun ikinci evresinde fetal başın doğurtulmasına müdahale edilme durumuna göre DAMDÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Laserasyon gelişen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 113,85 (46,26) ile laserasyon gelişmeyen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 164,37 (41,94) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Laserasyon gelişme durumuna göre DAMDÖ alt boyutları incelendiğinde gruplar arasında istatiksel bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Doğumdan hemen sonra bebeğiyle tentene temas yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 171,09 (37,16) ile tentene temas yapılmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 98,23 (32,62) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tentene temas yapılma durumuna göre DAMDÖ alt boyutları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

İlk 30 dakikada bebeğini emzirmeye başlayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 180,43 (27,52) ile ilk 30 dakikadan sonra bebeğini emzirmeye başlayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 109,67 (40,91) arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0,05$). İlk 30 dakikada bebeğini emziren annelerin doğum

memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. İlk 30 dakikada emzirmeye başlatılması durumunun DAMDÖ alt boyutları incelendiğinde gruplar arasında istatiksel bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

# 5. TARTIŞMA

Vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda DAMDÖ toplam puan ortalamasının 150,65 (48,61) olduğu bulunmuştur. Ölçeğin kesme noktası dikkate alındığında, araştırmamıza katılan kadınların yarıdan fazlasının (%60,3) doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda da çalışma sonucumuza benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Örneğin Oveysi ve Ejder Apay'ın (2021) 603 lohusa ile yaptığı çalışmasında DAMDÖ puan ortalaması 150,86 (17,65); Gültekin Karadağ, Var, Gökçe, Uçar Dede ve Gökyıldız'ın (2017) 191 kadınla yaptıkları çalışmada DAMDÖ puan ortalaması 146,60 (26,91) ve Çifçi'nin (2019) 62 vajinal doğum yapmış kadınla yaptığı çalışmasında DAMDÖ puan ortalaması 154,24 (23,96) bulunmuş olup bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan Mucuk ve Ozkan'ın (2018) 509 kadınla yaptığı çalışmada DAMDÖ toplam puan ortalaması 131,96, Yaldır ve Coban'ın (2018) 300 kadınla yaptığı çalışmada DAMDÖ toplam puan ortalaması 93,25 (25,83), Bozkurt'un (2013) 300 normal doğum yapmış kadınla yaptığı çalışmasında DAMDÖ puan ortalaması 114,70 (12,21) ve Cüce'nin (2020) 161 kadınla yapmış olduğu çalışmasında DAMDÖ toplam puan ortalaması 134,70 (28,730) olarak bulunmuş olup bu sonuçlar çalışma sonucumuzdan düşüktür. Diğer çalışmalarda da kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerinin çalışma sonucumuzdan daha düşük olduğu dikkati çekmektedir. (Çetin 2013; Kurt Can ve Ejder Apay 2020; Demirci ve Orman, 2019; Özcan ve Arslan 2015). Bu sonuçlardan farklı olarak Gökçek'in (2022) 350 kadınla yaptığı çalışmasında DAMDÖ puan ortalaması 204,49 (15,21) saptanmış olup anne memnuyetinin ileri derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda ortaya çıkan doğum eyleminden memnuniyet düzeyinin yüksek çıkmasının sebepleri arasında çalışmamızın özel bir hastaneyi kapsaması, kadınlara sunulan hizmet standartının beklenilen ve talep edilen düzeyde olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca doğumda sürekli bilgilendirilen ve desteklenen, gereksiz müdahaleye maruz kalmayan, nonfarmakolojik yöntemler kullanan, mahremiyeti sağlanan, anne-bebek tanışması

erken başlatılan kadınlar çalışmamızın memnuniyet düzeyinin yüksek olmasını sağlamıştır.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından sağlık ekibini algılayışının puan ortalaması 15,19 (5,09) ölçek kesme puanının üzerinde bulunmuştur. Araştırmamıza benzer olarak Cüce'nin (2020) sağlık ekibini algılayış puan ortalaması 15,11 (2,83) ve Ünal'ın (2017) çalışmasında alt puan ortalaması 15,37 (2,57) gösterilebilir. Doğumda sağlık ekibinin olumlu yaklaşımı, sürekli desteği, bilgi ve eğitimler eşliğinde annenin korku ve endişelerini azaltması bu alandaki puanın yüksek olmasını sağlamış olabilir. Ayrıca doğumhanelerde ve servislerde çalışan hemşire ve ebelerin lisans ve üzeri mezunu olmaları, sürekli hizmet içi eğitimler ile bilgi ve becerilerin geliştirilmesinin bu alanda hastaların aldığı bakımların da kalitesini artırmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından doğum eyleminde hemşirelik bakımının puan ortalaması 7,29 (2,78) olarak saptanmış olup ölçek kesme puanının üzerinde bulunmuştur. Demirci ve Orman'ın (2019) 131 vajinal doğum yapmış kadınla yaptığı çalışmasındaki doğum eyleminde hemşirelik bakımı alt puan ortalaması 7,2 (2,27) ile Oveysi ve Ejder Apay'ın (2021) Erzurum'da 603 kadınla yaptığı çalışmada elde ettiği alt puan ortalaması 7,62 (1,23) çalışmamızın sonucuna benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda doğum eylemine destek olan hemşirelerin olumlu dil kullanması, gebeleri nonfarmakolojik yöntemleri kullanması yönünde desteklemesi bu alt puanın yüksek olmasını etkilemiş olabilir.

Doğumda kadınlar kendilerini yalnız ve çaresiz hissedebilirler. Bu anda kendilerine huzur verici şekilde, sevgi dilinde, şefkatle kucaklayan bir ebeye ihtiyaç duyabilirler. Ebe ve kadın arasındaki bu bağ bazen bebeğin adına doğumu gerçekleştiren ebenin adının verilmesiyle de sonuçlanabilir. Çünkü kadınlar doğumlarını ve o an yanında destek olan kişileri unutmazlar. Bu nedenle hemşirelik ve ebelik bakımının doğumda tıbbi müdahalelerden farklı bir yaklaşım sanatı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından rahatlama puan ortalaması 12,56 (5,40) olarak kesme noktasının üzerindedir. Erenoğlu'nun (2013) Kayseri'de 80 kadınla yaptığı çalışmasında rahatlama alt boyut puan ortalaması 12,7 (4,3) ve Gültekin Karadağ ve diğerlerinin (2017) Adana'da 191 kadınla yaptığı çalışmada rahatlama alt boyutunun ortalama puanı 11,20 (3,96) olarak çalışmamızın

sonucuna benzerlik göstermektedir. Doğum eyleminde gebeler sürekli bilgilendirilmek ve içinde bulundukları duygu durumlarını ifade etmek isterler. Bu yönde desteklenen ve cesaretlenen gebeler kendilerini doğum eyleminde daha rahat hissederler. Son yıllarda vajinal doğumda epidural/spinal anestezi kullanımının yaygınlığının gebelerin ağrı ile baş etme kabiliyetinin artmasına ve endişelerinin azalmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda da bu anlamda desteklenen kadınların memnuniyeti yüksek gözlenmiştir.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından karara katılım ve bilgilendirme puan ortalaması 29,67 (9,50) şeklinde bulunmuş olup kesme noktasının üzerinde saptanmıştır. Altay'ın (2019) 100 kadınla yaptığı çalışmada 26,6 (4,6) ve Ünal'ın (2017) 352 kadınla yaptığı çalışmada alt boyut puanı 30,70 (4,20) çalışmamızın sonucuna paralellik göstermektedir. Çalışmamızdaki kadınların doğumları gebelik takiplerini yapan hekimler tarafından gerçekleştirilmiş olup, kadınlar yapılan işlemler hakkında hekim tarafından bilgilendirilmişlerdir. Yazılı olarak bilgilendirildiklerine dair onamlar alınmıştır. Bunun sonucunda gebelerin istemedikleri müdahaleleri reddetme haklarıyla birlikte yapılan işlemler hakkında bilgi edinme haklarına da saygı duyulmasının bu alt boyut puanını etkilediği düşünülmektedir.

Kadınların DAMDÖ alt boyutlarından bebekle tanışma puan ortalaması 9,46 (4,89) olarak saptanmış olup kesme noktasının üzerinde görülmüştür. Kurt Can ve Ejder Apay'ın (2020) 208 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmasında 10,07 (4.37) ve Demirci ve Orman'ın (2019) 131 normal doğum yapmış kadınla yaptığı çalışmasında elde ettiği alt boyut puan ortalamaları 8,31 (4,26) olarak çalışmamızla yakınlık göstermektedir. Doğumdan hemen sonra bebekle annenin tentene temasının sağlanması, doğumdan sonraki ilk saatte emzirmenin başlatılması, eşin doğumda bebeği anneyle birlikte karşılaması ve oldukça popüler hale gelen doğum fotoğrafçılığının etkisiyle doğumdan hemen sonra anne-bebek görüntüsünün alınmak istenmesi gibi sebepler bu alt boyut puanını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Kadınların DAMDÖ alt boyutlarından postpartum bakım puan ortalaması 20,51 (7,60) olarak bulunmuştur. Demirci ve Orman'ın (2019) 131 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmasında 20,15 (4,91) ve Cüce'nin (2020) 224 kadınla yaptığı çalışmasında elde ettiği alt boyut puan ortalaması 20,38 (4,373) çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kliniklerde bulunan laktasyon hemşireleri anneye destek

vererek emzirmede başarılı olmalarını sağlamaktadır. Bu durumun postpartum bakımın kalitesine ve annelerin iyileşme sürecine önemli bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından hastane odası puan ortalaması 13,16 (5,61) bulunmuş olup kesme noktası üstünde saptanmıştır. Demirci ve Orman'ın (2019) 131 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmasında 13,64 (4,59) ve Erenoglu ve Baser'in (2019) 80 kadınla yapığı çalışmada elde ettiği alt boyut puan ortalaması 13,9 (3,8) çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Doğum ve sonrası süreçte tek kişilik odalarda hizmet alınmasının bir sonucu olarak, anne ve bebek mahremiyetinin sağlanması ile annenin eş ve aile fertlerini konforlu bir ortamda karşılamasının doğum memnuniyetini etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından hastane olanakları puan ortalaması 9,44 (4,01) olarak bulunmuştur. Altay'ın (2019) 110 kadınla yaptığı çalışmada 10,7 (3,0) ve Kurt Can ve Ejder Apay'ın (2020) 308 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmasında elde ettiği alt boyut puan ortalaması 10,73 (2,98) çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların DAMDÖ alt boyutlarından mahremiyete saygı puan ortalaması 16.90 (3,86) şeklinde belirlenmiştir. Kurt Can ve Ejder Apay'ın (2020) çalışmasında da sonuçlarımıza benzer olarak kadınların puan ortalaması 16,62 (2,93) iken; Demirci ve Orman (2019)'nın çalışmasında ise mahremiyete saygı alt boyutu puan ortalaması 9,44 (3,12) olup, sonucumuzdan düşüktür.

Doğum, kadının bedeninin ve ilkelerinin eşsiz deneyimlerinden biridir. Bu deneyim mahrem bir durumdur. Kadınlar doğum deneyimlerini yaşamaya çalışırken aynı zamanda bulunduğu ortama adapte olmaya, sağlık çalışanlarına uyum sağlamaya ve kendi mahremiyetlerini korumaya çalışmaktadırlar (Demirci ve Orman, 2019). Bu nedenle kadınların doğumda destekçisi ve savuncusu olan hemşire ve ebelerin kadınların mahremiyetini korumaları durumunun, doğumda memnuniyeti artıracağı düşünülmektedir.

Kadınların DAMDÖ alt boyutlarından beklentilerin karşılanması puan ortalaması 16,47 (5,89) bulunmuştur. Gültekin Karadağ ve diğerlerinin (2017) Adana'da 191 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmasında alt boyut puan ortalaması 16,93 (3,88) ve Oveysi ve Ejder Apay'ın (2021) 603 lohusa ile yaptığı

çalışmasında alt boyut puan ortalaması 16,73 (3,67) şeklinde ifade edilmiş olup çalışmamızla yakınlık göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların yüksekokul/üniversite mezunu olanlarının DAMDÖ toplam puan ortalaması 161,61 (45,26) saptanmış olup yüksekokul veya üniversite grubunda olan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Goodman ve diğerlerinin (2004) 60 düşük riskli gebeyle yaptıkları çalışmada, Bozkurt'un (2013) 300 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmada, Gökçek'in (2022) 350 kadınla yaptığı çalışmada, Henriksen ve diğerlerinin (2017) 1352 multipar kadın ile yaptıkları çalışmada, Aydemir Arak'ın (2020) 386 kadınla yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre doğum memnuniyet düzeyleri incelendiğinde çalışmamıza benzer sonuçlar saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi yükseldikçe annenin doğumuna yönelik karara katılımı, özgüveni ve gereksiz müdahaleler konusunda farkındalığı artmaktadır. Buna bağlı olarak eğitim düzeyi yükseldikçe doğumda anne memnuniyetinin yükseldiği görülmektedir. Toplumumuzda sağlık okuryazarlığı artışının kadınların doğumları hakkındaki değerlendirme durumunu etkileyebileceği düşülmektedir. Literatür incelendiğinde eğitim durumunun incelendiği Tabak'ın (2021) 320 kadınla yaptığı çalışmada, Yaldır ve Coban'ın (2018) 300 kadınla yaptığı çalışmada ve Gökmen'in (2017) 219 kadınla yaptığı çalışmada istatiksel olarak bir fark saptanmamış olup çalışmamızdan farklı sonuçlar elde ettikleri görülmüştür.

Araştırmamıza katılan kadınların çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi incelendiğinde çalışan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalamasının çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmamıza benzer olarak Uysal'ın (2017) 386 kadınla yaptığı çalışmada ve Goodman ve diğerlerinin (2004) 60 kadınla yaptığı çalışmada çalışan annelerin doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Çıtak Bilgin ve diğerlerinin (2018) 387 kadınla yaptığı çalışmada çalışmayan annelerin doğum memnuniyetinin yüksek olduğu; Yanıkkerem Uçum, Göker ve Piro'nun (2013) 140 kadınla yaptığı çalışma ve Jafari, Mohebbi, Mazloomzadeh'in (2017) 340 kadınla yaptığı çalışmada ise çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında doğum memnuniyeti açısından bir fark gözlenmediği belirtilmiştir. Kadının çalışma hayatına katılımı ekonomik yönden kaynaklara erişimini kolaylaştırabilmektedir. Bu nedenle takiplerinin yapılacağı ve

doğumlarını gerçekleştirecekleri hastane ve hekimi özel olarak seçebilmektedirler. Bu durum kadınların doğumdan memnuniyetlerini artırabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların DAMDÖ toplam puanları ve alt boyut puanlarının ekonomik durumlarına göre incelendiğinde gelir durumu yüksek olan kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Goodman ve diğerleri'nin (2004) yaptığı çalışma ile Waldenström, Rudman ve Hildingsson'ın (2006) İsveç'te yaptıkları çalışmada gelir durumu iyi olan kadınların doğum memnuniyetlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Gazan'ın (2020) ve ve Gökmen'in (2017) çalışmalarında ise ekonomik duruma göre doğum memnuniyeti arasında bir fark saptanmadığı bildirilmiştir ($p>0,05$). Günümüzde doğumlar ciddi harcamaların yapıldığı bir alan haline gelmiştir. Örneğin hasta odasının süslenmesi, ikramlar, doğum fotoğrafçılığı, özel doğum destekçisi gibi talepler ortaya çıkmıştır. Sosyal medya etkisiyle anneler bunları gerçekleştirmenin bir mutluluk aracı olduğu bilincine kapılmıştır. Bu bağlamda gelir durumuna bağlı olarak bu isteklerini gerçekleştiren kadınların doğum eyleminden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda multipar kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 163,98 (42,95) saptanmış olup primipar ve multipar kadınların puanları incelendiğinde multipar kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin primipar kadınlardan yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da multipar kadınların doğum memnuniyetinin primipar kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur (Çıtak Bilgin ve diğerleri 2018; Rijnders ve diğerleri, 2008; Akca, Corbacioğlu Esmer, Sefik Ozyurek, Aydin, Korkmaz, Gorgen ve diğerleri 2017; Menhart ve Prosen 2017; Mortazavi ve Mehrabadi, 2022). Ancak multipar ve primipar kadınların doğum memnuniyeti arasında fark olmadığını gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur (Özöztürk, Aluş Tokat, AyparAkbağ ve Ekinci 2022; Uysal, 2017; Tabak, 2021). Multiparların primiparlara göre daha fazla bilgi sahibi olması, karar süreçlerine katılımda daha etkin olmaları ve duygularını daha iyi kontrol edebilmeleri ile ilişkili olabilir. Primiparların daha önce doğum deneyimlememeleri ve doğum hakkında bilgi eksiklikleri nedeniyle memnuniyetleri düşük olabilir. Sezaryen doğuma yönelimi azaltmada primipar kadınların özel değerlendirilmeleri ve desteklenmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Doğum haftasının doğum memnuniyeti üzerine etkisi incelendiğinde, termde gerçekleşen doğumlarda kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; Bozkurt'un (2013) 300 vajinal doğum yapan kadını ele aldığı çalışma ve Yaldır ve Coban'ın (2018) 300 kadınla yaptığı çalışmada gebelik haftası termde olanlar ile pretermde olanlar arasında fark görülmediği belirtilmiştir ($p<0,05$). Güven Olgun'un (2019) 215 kadınla yaptığı çalışmada gebelik haftasının doğum memnuniyeti açısından farklılık taşımadığı belirtilmiştir ($p>0,05$). Preterm gebelik haftasına sahip olan annelerin bebeklerine yönelik kaygı durumları ve doğum korkuları doğum memnuniyetini etkileyebilir ve bu bağlamda haftası preterm olan annelerin memnuniyeti daha düşük olabilir.

Araştırmamızda bu gebeliği planlı olan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeyinin plansız gebelik yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Litetarür incelendiğinde çalışmamıza benzer olarak; Jafari ve diğerlerinin (2017), Aktaş ve Gökgöz'ün (2015) ve Bal, Gökbulut ve Uçar'ın (2022) çalışmalarında da planlı gebelik yaşayan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak bazı çalışmalarda gebeliğin planlı olma durumuna göre doğum memnuniyeti arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Kurt Can ve Ejder Apay, 2020; Gökçek, 2022; Çıtak Bilgin ve diğerleri, 2018). Planlı gebeliğin kadınların kendi bakımı ve doğacak bebeklerinin bakımı konusunda daha fazla sorumluluk almalarını sağladığı, olumlu davranış değişikliklerini ve doğum öncesi bakım almayı desteklediği, kadınların doğum eylemine ve sonrasındaki sürece hazır bulunuşluğunu artırdığı ve böylece doğum memnuniyetine olumlu katkısı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda doğumun birinci evresinde hareket özgürlüğü tanınan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 172,56 (37,00) bulunmuştur. Hareket özgürlüğü kısıtlanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Bilgin'in (2022) 265 kadınla yaptığı çalışmada hareket özgürlüğü kısıtlanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu gözlenmiştir. Yaldır ve Coban'ın (2018) 300 kadınla yaptığı çalışmada ise hareket özgürlüğü tanınma durumuna göre DAMDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir. WHO pozitif doğum deneyimi gerçekleştirilmesinde hareket özgürlüğünü desteklemektedir (WHO, 2018).

Travayda ayakta duran veya yürüyen kadınların vena cava inferiordaki baskılarının azalması hipotansif durumları engelleyerek plasental kan akımının

rahatlamasına ve fetal oksijenlenmenin sağlıklı olmasına neden olmaktadır. Sinirlere baskının azalması uterus kasılmalarının daha az hissedilmesini, fetal kalp hızındaki yavaşlamayı azaltmasını, fetal başın yer çekimi etkisiyle servikse baskı yapmasını sağlamaktadır. Bu durumda travay süresinin kısalarak pelvik eklemlerin serbestçe genişlemesini ve bebeğin aşağı inişini kolaylaştırdığı bilinmektedir (Karaman ve Yıldız, 2018). Çalışmamızda da hareket özgürlüğü tanınan kadınların ağrılarının azalması ve kontrol duygusunun artmasının doğum memnuniyetini pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca doğumda kadınlar sürekli NST'ye bağlı olarak süreçlerini geçirebilmektedir. Hareket özgürlüğü bu anlamda kadınların yatağa bağlı geçirilen doğumlarının engellenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda lavman uygulaması yapılan kadınların yapılmayanlara göre doğum memnuniyetinin düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Bozkurt'un (2013) 300 normal doğum yapmış kadınla yaptığı çalışmada lavman uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Özcan ve Arslan 'ın (2015) yaptığı çalışmada ise lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Lavman uygulaması, doğum eyleminin süresini kısalttığı ve doğum yapılan alanın kirlenmesini önlediği gerekçelerinin etkisiyle rutin olarak uygulanmaktadır. Fakat WHO doğumda kanıta dayalı obstetrik uygulamaların sistematik olarak benimsenmesini, etkisiz ya da zararlı olan uygulamaların değiştirilmesini ve mevcut en iyi kanıtlara dayanan uygulamaların kullanılmasını teşvik etmektedir (WHO, 2018). Ülkemizde de anne dostu uygulamalar kapsamında lavman uygulaması önerilmemektedir. Buna rağmen lavman uygulamasına devam edildiği görülmektedir (Bilgin, 2022). Çalışmamızda da onam alınarak enfeksiyon riski gerekçesiyle lavman uygulaması yapıldığı gözlenmiştir.

Araştırmamızda amniyotomi yapılan kadınların memnuniyet düzeylerinin yapılmayan kadınlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Tabak'ın (2021) yaptığı çalışmada amniyotomi yapılan kadınların doğum memnuniyet düzeylerini düşük gözlenmiş olup uygulanmayanların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Bilgin'in (2022) yaptığı çalışmada amniyotomi yapılma durumuna göre doğum memnuniyetinin değişmediği saptanmıştır. Amniyotomi, doğum eylemini hızlandırma ve fetal başın yerleşmesini kolaylaştırma gerekçeleriyle uygulanmaktadır. Fakat ACOG normal seyrindeki

doğumlarda amniyotomi uygulamasının gereksiz olduğunu belirtmektedir (ACOG, 2019). Amniyotomi invaziv bir girişim olarak eylemdeki kadını olumsuz etkileyebilir ve memnuniyeti azaltabilir.

Bu çalışmada doğum eyleminde oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınlar ile uygulanmayan kadınların memnuniyet düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak diğer bazı çalışmalarda da oksitosin indüksiyon uygulamasının doğum memnuniyeti üzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Çıtak Bilgin ve diğ. 2018; Özcan ve Arslan 2015). Farklı olarak Hamm, Srinivas, Mccoy, Morales ve Levine'nin (2021) 1236 kadınla yaptığı çalışmada oksitosin indüksiyonun doğum memnuniyetini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Uluslararası Lamaze Organizasyonu'nun felsefesinin temellerinden biri de doğumun kendi kendine başlamasına izin verilmesidir. Lamaze felsefesi tıbbi olarak gerekmedikçe indüksiyon uygulamasının yapılmamasını, annenin bedenine ve bebeğine saygılı olunmasını savunmaktadır (Coşar ve Demirci, 2012). Bu bağlamda kadınların doğumlarının doğal sürecinde işlemesini desteklemenin doğum memnuniyetini arttıracağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda sürekli NST uygulaması yapılan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerinin yapılmayanlardan düşük olduğu gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Yeşilçiçek Çalık, Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışması ile Weeks, Pantoja, Ortiz, Foster, Cavada ve Binfa'nın (2017) Şili'de yaptıkları çalışmada eylemde sürekli NST uygulanmayan kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. NST uygulaması kadının sürekli aynı pozisyonda kalmasını gerektiren bir işlemdir. Bu nedenle kadınların supine hipotansif sendrom yaşama riskine ve bebeği hakkında endişelenmesine yol açabilir. Ayrıca kadının hareket özgürlüğünün kısıtlanmasına, fetal inişin gecikmesine, pelvik kemiklerin eyleme uyumunu güçleştirmektedir. Sürekli NST uygulamasının primer sezaryen oranını da artırdığı belirtilmiştir ( Paterno, McElroy ve Regan, 2016). Sürekli NST uygulanmasının doğum memnuniyeti açısından değerlendirilmesi önemlidir. Literatür taramamızda bu konuya ilişkin az çalışmaya rastlanılmıştır. NST uygulamasının doğum memnuniyeti üzerindeki etkisine yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda doğum eylemi süresince oral alımına izin verilen kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin oral alımı kısıtlanan kadınlardan daha yüksek olduğu

gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Bilgin'in (2022) çalışmasında da oral alan ve alamayan kadınların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$).

Doğumda erken evrede yükselen prolaktin seviyesi annenin iştahını artırırken, doğumun ilerleyen evrelerinde oksitosinin artmasıyla kadının yeme isteği azalabilmektedir. Kadında açlık durumu mevcut ise doğumun başlaması güçleşebilir. Doğum aktif olarak başladığında kadınlar bir şey yemek istemeyebilir. Eğer kadın doğumda yemek yemeye ihtiyaç duyuyorsa, bu durum eylemin başlaması veya ilerleyebilmesi için kadının besine, enerjiye gereksinimi olduğunu gösterir. Bu durumda kadınların oral alımı desteklenmez ise doğum eylemi başlamayabilir ya da ilerlemeyebilir (Koç ve Şahin, 2016). Bu bağlamda kadınların doğum süreçlerinde oral alımlarını kısıtlamanın doğum memnuniyetini de olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda epidural/spinal anestezi uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Güven Olgun'un (2019), İldan Çalım ve Saruhan'ın (2019) ve Bozkurt'un (2013) çalışma sonuçları da sonuçlarımızla benzerdir. Günümüzde vajinal doğum sürecinde epidural/spinal anestezi uygulanmasının amacı kadınlara ağrısız bir doğum deneyimi yaşatmaktır. Doğum travayı sırasında oluşan ağrıyı gideren ve günümüzde en fazla kabul gören yöntemdir. Gebeler vajinal doğumda yaşayacakları şiddetli ağrı nedeniyle isteğe bağlı sezaryen tercih edebilmektedir. Uzman kişiler tarafından epidural anestezi hakkında detaylı bilgi verilerek, sezaryen olma isteklerinin önüne geçilebilir ve konforlu bir vajinal doğum sağlanabilir (Kamilçelebi, Şahin, Karaman, Salihoğlu ve Derbent, 2019). Çalışmamızda da epidural/spinal anestezi uygulanan kadınların bir sonraki doğum tercihlerinin ve önerme durumlarının da vajinal doğum olduğu saptanmıştır. Bu konuda çalışmalara ihtiyaç olduğu gözlenmiştir.

Araştırmamızda ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Farklı nonfarmakolojik yöntemlerin doğum eylemindeki etkisini değerlendiren çalışmalarda kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir (Tandoğan ve Oskay, 2021; Erenoglu ve Baser, 2019; Kaplan ve Çevik, 2021). Doğum eyleminde şiddetli ağrı, yorgunluk, korku ve olumsuz duygular kadını ve bebeğini negatif yönde etkilemektedir. Doğumun pozitif yönde olması için nonfarmakaolojik yöntemler (masaj, müzik, hipnoz, aromaterapi, hidroterapi vb.) kadına hemşire ve

ebeler tarafından sunulmalıdır. Doğum, bir hastalık hali değildir. Doğum, hastalık tedavi etme girişimlerinden sıyrılarak, doğum fizyolojisine saygı duyarak, farmakolojik olmayan destek unsurlarıyla yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemlerin bağımsız uygulayıcı ve teşvik edici kişileri hemşire ve ebelerdir. Kanıta dayalı bir yaklaşımla nonfarmakolojik yöntemler hemşirelik ve ebelik bakımının bir parçası olmalıdır. (Kaçar, 2020). Çalışmamız da nonfarmakolojik yöntem kullanılmasının doğumun bir parçası olması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızda doğumun ikinci evresinde fundal bası yapılan kadınların doğum memnuniyetlerinin yapılmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Özcan ve Aslan'ın (2015) çalışmasında fundal basınç uygulanmayan lohusaların sağlık ekibini algılayışı ve doğum eyleminde hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Tabak'ın (2021) çalışmasında da benzer sonuçlar mevcuttur. Diğer taraftan, Bilgin'in (2022) 265 kadınla yaptığı çalışmada fundal bası uygulanan grupla uygulanmayan grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Fundal basının bebeğin çıkışının kolaylaşmasında destek amaçlı olarak rutin şekilde uygulandığı bilinmektedir. Ancak birçok kadın tarafından travmatik olarak algılanan bu uygulama kadınların yaşadığı ağrı ve düzeylerinin yanısıra doğumda anne memnuniyetini de olumsuz olarak etkilemektedir. Doğum eyleminde fundal bası uygulaması maternal ve fetal sağlığı fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilemektedir. Hemşire ve ebeler tarafından kanıta dayalı olmayan uygulamalar yapılmamalı, rutin uygulama hakkında kadın bilgilendirilmeli ve kadının doğumda hakkı savunulmalıdır (Aktaş ve Aydın, 2018).

Bu çalışmada doğumun ikinci evresinde epizyotomi uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeyleri uygulanmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Yaldır ve Coban'ın (2018) 300 kadınla yaptığı çalışmada ( p=0,001), Bozkurt'un (2013) 300 normal doğum yapan kadınla yaptığı çalışmada epizyotomi uygulanan kadınlar ile uygulanmayanlar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ifade edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca Uysal'ın (2017) yaptığı çalışmada, Çıtak Bilgin ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada (p=0,150), Altay'ın (2019) 110 kadınla yaptığı çalışmada (p=0,098) gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmiş olup epizyotominin memnuniyeti etkilemediği belirtilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda çoğunlukla primipar kadınlara epizyotomi uygulandığı görülmüş olup

ilk doğumlarda epizyotominin rutinleştiği gözlenmiştir. İnsizyon yeri bakımı ve emzirme desteği konusunda ihtiyaçlarının daha fazla olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.

Araştırmamızda fetal başın doğurtulmasına müdahale edilmeyenlerin DAMDÖ toplam puan ortalaması 157,20 (45,77) olarak bulunmuş olup müdahale edilenlerin memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Tabak'ın (2021) 320 kadınla yaptığı çalışmada, Oveysi ve Ejder Apay'ın (2021) 603 kadınla yaptığı çalışmada vakum-forseps uygulanarak fetal başın doğurtulmasına müdahale edilmesi doğum memnuniyeti açısından incelendiğinde vakum-forseps uygulanan kadınların memnuniyetleri düşük gözlenmiştir ($p<0,05$). Uygulama doğumu hızlandırmak ve acil müdahaleli doğum gerekçeleriyle uygulanmaktadır. Fetal başın yaralanması, perineal yırtıklar, annede psikolojik travma gibi birçok soruna da neden olmaktadır. Bu nedenle ACOG ve WHO tarafından rutin uygulanması önerilmemektedir (WHO, 2018; ACOG, 2019).

Aratştırmamızda laserasyon gelişen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 113,85 (46,26) bulunmuş olup laserasyon gelişen annelerin memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer nitelikte bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Perineal yırtıkların onarımı ve bakımı konusunda annelerin doğum sonrası ağrı ve memnuniyetsizlikleri gözlenmiştir. Laserasyon gelişmesini önlemede gerekli destekleyici unsurların geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Araştırmamızda doğumdan hemen sonra bebeğiyle tentene temas yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 171,09 (37,16) bulnumuş olup tentene temas yapan annelerin memnuniyet düzeyleri yüksek görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak Genç'in (2019) 80 gebeyle deneysel olarak gerçekleştirdiği çalışmada, Kahalon, Preis ve Benyamini'nin (2021) İsrail'de yaptıkları çalışmada erken tentene temasın doğum memnuniyetini artırdığı ve yüksek gözlendiği belirlenmiştir. Doğumdan sonra ilk 60-90 dk TTT'nin sağlanması için en duyarlı dönem olarak belirtilmektedir. Anne ve bebeğin temas ettirilmesi maternal oksitosinin pik yapmasını ve postpartum kanamayı önlemektedir. Ayrıca prolactin ve oksitosin hormonları annede stress hormonlarını baskılamaktadır. Anneliğe uyumunu kolaylaştırmakta bebeğiyle olan biyolojik bağın kurulmasına yardımcı olmaktadır. Anne ve bebeğin ilk güvenli bağlanmasının da başlangıcı olarak görülmektedir. Hemşire ve ebeler TTT sağlanmasında önemli bir role sahiptir. Anne-bebek bağını güçlendirmek için anne

sürekli desteklenmeli ve hislerini ifade etmesi sağlanmalıdır (Mete, Güler ve Aypar Akbağ, 2021).

Araştırmamızda ilk 30 dakikada bebeğini emzirmeye başlayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 180,43 (27,52) olarak bulunmuştur. İlk 30 dakikada emziren annelerin doğum memnuniyet düzeyleri yüksek gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Bilgin'in (2022) 265 kadınla yaptığı çalışmada, Ahmed ve Rojjanasrirat'ın (2021) 270 kadınla yaptığı çalışmasında emziren annelerin memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir.

Anne bebek bağlanmasının somut olarak başlangıcı olarak görülen emzirme olayı sadece bebeğin gelişim ve ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Aynı zamanda annenin de psikolojik ve fizyolojik olarak toplarlanmasını, iyilik halini almasını desteklemektedir. İlk emzirmenin erken dönemde başlatılması anne-bebek bağlanmasında kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle bebeğini erken emziren annnelerin memnuniyet düzeylerinin de yüksek olması beklenen bir durum olabilir.

# 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

## 6.1. Sonuçlar

Araştırma vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

**Vajinal doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre DAMDÖ toplam puan ortalama sonuçları;**

- Araştırmaya katılan yüksekokul/üniversite mezunu olan kadınların DAMDÖ toplam ortalama puanı 161,61 (45,26) bulunmuş olup eğitim seviyesi yükseldikçe doğum memnuniyetinin arttığı saptanmıştır. Vajinal doğum yapan kadınların eğitim durumlarına göre DAMDÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık ekibini algılayışı, karara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, beklentilerin karşılanması, hastane olanakları alt boyutlarında anlamlı bir fark gözlenmiş olup ($p<0,05$) doğum eyleminde hemşirelik bakımı, rahatlama, postpartum bakım, hastane odası ve mahremiyete saygı alt boyut puanlarının eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan çalışan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 162,18 (44,06) bulunmuştur. Çalışmayan kadınların ise doğum memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir. Çalışma durumuna göre DAMDÖ alt boyutlarında istatiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Kadınların DAMDÖ toplam puanları ve alt boyut puanlarının ekonomik durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

**Vajinal doğum yapan kadınların obstetrik öyküleri ve bu gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre DAMDÖ toplam puan ortalama sonuçları;**

- Araştırmaya katılan kadınların DAMDÖ toplam puanları ve alt boyutlarında pariteye göre anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Multipar kadınların DAMDÖ puan ortalaması 163,98 (42,95) ve primipar kadınların DAMDÖ puan ortalaması 140,60 (50,30) olarak saptanmıştır.

Multipar kadınların doğum memnuniyetlerinin yüksek, primipar kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

- Bu gebeliği planlı olmayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 126,53 (47,59) bulunmuş olup gebeliği planlı olmayan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu gözlenmiştir.
- Araştırmaya katılan term gebeliğe sahip olan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 153, 92 (47,98) bulunmuş olup pretermde vajinal doğum gerçekleştiren kadınların doğum memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir. Ayrıca DAMDÖ alt boyutları puan ortalaması incelendiğinde; rahatlama, bebekle tanışma, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, mahremiyete saygı ve hastane odası alt boyutlarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak kadınların sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, hastane olanakları ve beklentilerin karşılanması alt boyut puanlarının gebelik haftasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$)

**Vajinal doğum yapan kadınların doğumun birinci evresinde uygulanan müdahalelere göre DAMDÖ puan ortalama sonuçları;**

- Doğumda hareket özgürlüğü tanınan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 172,56 (37,00) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Hareket özgürlüğü tanınan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Doğumda lavman uygulaması yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 133,22 (51,79) bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Lavman uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.
- Doğumda amniyotomi yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 140,09 (50,74) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($P<0,05$). Amniyotomi yapılan kadınların yapılmayanlara göre doğum memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

- Doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 157,07 (45,85) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,114). Oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır.
- Doğumda sürekli NST uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 139,30 (48,32) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık görülmüştür (p<0,05). Sürekli NST uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir.
- Doğumda oral alımına izin verilen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 175,42 (35,52) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Oral alımına izin verilen kadınların doğum memnuniyet düzeyleri yüksek gözlenmiş olup oral alımına izin verilmeyen kadınların memnuniyetleri düşük gözlenmiştir.
- Doğumda epidural/spinal anestezi uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 157,07 (48,85) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p=0,089). Epidural/spinal anestezi uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeyleri yüksek gözlenmiştir.
- Doğum sürecinde ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemleri kullanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 165,13 (42,81) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p<0,05).

**Vajinal doğum yapan kadınların doğumun ikinci ve üçüncü evresine yönelik özellikler ve uygulanan müdahalelere göre DAMDÖ puan ortalama sonuçları;**

- Doğumun ikinci evresinde fundal bası uygulanan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 137,04 (49,88) saptanmış olup fundal bası uygulanan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir**.**
- Doğumun ikinci evresinde epizyotomi yapılan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 141,94 (49,94) saptanmış olup epizyotomi yapılan kadınların doğum memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir.

- Doğumun ikinci evresinde fetal başın doğurtulmasına müdahale edilen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 100,95 (40,46) saptanmış olup müdahale edilmeyen kadınların doğum memuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir.
- Doğumun ikinci evresinde laserasyon gelişen kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 113,85 (46,26) saptanmış olup laserasyon gelişen kadınların doğum memnuniyet düzeyleri düşük gözlenmiştir.
- Doğumun üçüncü evresinde bebeğiyle tentene temas yapan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 171,09 (37,16) bulunmuş olup doğumdan hemen sonra bebeğiyle tentene temas kuran kadınların doğum memnuniyet düzeyleri yüksek gözlenmiştir.
- Doğumun üçüncü evresinde ilk 30 dakikada bebeğini emzirmeye başlayan kadınların DAMDÖ toplam puan ortalaması 180,43 (27,52) saptanmış olup ilk 30 dakikada emzirmeye başlayan kadınların doğum memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

**Vajinal doğum yapan kadınların DAMDÖ toplam memnuniyet düzeylerine göre sonuçlar;**

- Vajinal doğum yapan kadınların DAMDÖ toplam ortalama puanı 150,65 (48,61) saptanmıştır. Araştırmamız 335 kadınla gerçekleştirilmiş olup araştırmaya katılan kadınların memnuniyet düzeylerine göre %39,7'sinin memnuniyet düzeyinin düşük, %60,3'ünün memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

### 6.2. Öneriler

Vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmamızdan aşağıdaki öneriler elde edilmiştir:

- Obstetrik girişimlerin (epizyotomi, amniyotomi, fundal bası uygulanması vb.) rutin uygulanmaması ve azaltılmasına yönelik sağlık ekibinin bilgilendirilmesi ve protokollerin düzenlenmesi,
- Doğum öncesi dönemde ve doğumda kadınları vajinal doğuma teşvik edici bireysel danışmanlık ve desteğin sağlanması,

- Doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların gereksinimlerine yönelik hemşirelik ve ebelik bakım planlarının geliştirilmesi,
- Doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılarak ağrı yönetimi konusunda gebelere bilinç kazandırılması,
- Doğumda destek olan hemşire ve ebelerin nonfarmakolojik yöntemleri kullanımının yaygınlaştırılması,
- Anne dostu hastane sayılarının artırılması ve hizmet içi eğitimlerde doğal doğuma yönelik eğitimlerin geliştirilmesi,
- Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında bu yönde çalışmalar yapılması önerilmektedir.

# KAYNAKÇA


Adıgüzel D., Nazik H., Haydardedeoğlu F., Aytan H., (2013).Sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda hasta memnuniyetinin araştırılması. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 1*(3),13-20.

Ahmed a. H., Rojjanasrirat W., (2021). breastfeeding outcomes, self-efficacy, and satisfaction among low-income women with late-preterm, early-term, and full-term infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur Sep,50(5),*583-596.

Akca A., Corbacioğlu Esmer A., Sefik Ozyurek E., Aydin A., Korkmaz N., Gorgen H et al., (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstet, 295(2),* 1127-1133.

Aktaş, D., Gökgöz, N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi . *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi , 4* (1) , 65-82 .

Aktaş, S., Aydın, R., (2018). Fundal bası uygulaman maternal ve fetal sağlık üzerine etkisi ve bu uygulamada sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 7 (3) ,* 86-92 .

Altay Z. (2019) *Travayda Bilgilendirme Desteğinin, Doğum Sürecine, Ağrısına, Annenin Doğumda Desteği Algılamasına Ve Memnuniyete Etkisi.* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadin Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Amanak, K. , Demirkol, İ. & Ünay, V. (2020). Doğum memnuniyetinin doğum sonrası erken dönem emzirme öz-yeterliliğine etkisi . *Türk Bilim ve Sağlık Dergisi , 1 (2) ,* 50-57 .

Aslan, Ş., Okumuş, F., (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(1),*32-40.

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R., (2006). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6),*55-71.

Avcıbay, B., Alan, S. (2011). Doğum ağrısı kontrolünde nanfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3),* 18–24.

Avis, M., Bond, M., Arthur, A., (1995). Exploring patient satisfaction without patient services. *J Nurs Manag. 3,* 59-65.

Aydemir Arak, N. (2020). *Doğumda Sağlik Personelinden Algilanan Desteğin Doğum Memnuniyetine Etkisi.* Sağlik Bilimler Enstitüsü, Ebelik Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. URL: http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/3923

Bal, Z., Gökbulut, N., Uçar, T., (2022). Doğum öncesi bakım memnuniyetinin doğum memnuniyetiyle ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10(2), 798-808.*

Başkaya, Y., Sayıner, D. (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5 (1),* 113-119.

Bayrı Bingöl, F., Demirgöz Bal, M., Yılmaz Esencan, T., Karakoç, A., Küçükoğlu, S., Çiftçi, R., Mutlu, E., Arı, Z., (2020). Doğum Sürecinde Gebelere Verilen Fiziksel Desteğin Doğum Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. J*AREN 6 (3),*506-13.

Bilgin, Y., Göral, M., (2017). Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi: Bartın devlet hastanesi örneği. *Bartın Üniversitesi İİBFD, 8(16),* 151-176.

Bilgin, Z. (2022). Anne dostu hastane modeli ve annelerin doğum memnuniyetleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15(3),* 279-288.

Bozkurt, Ş., (2013). *Normal Doğumda ve Sezaryan Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi.* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr adresinden erişildi.

Cerit, B., (2016). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,3 (1),* 27-36.

Chaillet, N., Belaid, L., Crochetiere, C., Roy, L., Gagne, G.P., Moutquin, J.M., et al., (2014). Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth 41(2),*122-37.

Charalambous, A., Adamakido, T., (2012). Risser patient satisfaction scale: a validation study of Greek cancer, *BMC Nurs., 11,* 27.

Çıtak Bilgin, N., Bedriye, A. K., Potur, D. C., Ayhan, F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(3),* 342-352.

Cüce, D. (2020). *Doğum şekline göre doğumda anne memnuniyetini doğum sonu yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı Ve Hastalığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Coşar, F., Demirci, N., (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(1),* 18-30.

Demir, T., Açık, Y., Kaya, M.K., Deveci, S.E., Pirinççi, E., Yıldırım, B. et al., (2009). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na Poliklinik ya da Klinik Hizmeti Almak İçin Başvuran Hastaların Sunulan Hizmetten Memnuniyet Düzeyleri. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. 23 (3),* 119-124.

Demirci, N., Orman H., (2019). Doğum Sürecinde Mahremiyet Algısının Anne Memnuniyetine Etkisi. *Journal of Academic Research in Nursing, 5 (3),* 219-227.

Erenoglu, R., Baser, M., (2019). Effect of expressıve touchıng on labour paın and maternal satısfactıon: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 34,* 268-274.

Erişen, Y. (2022) *Vajinal Doğumlarda Hidroterapi Uygulamasinin Anne-Yenidoğan Sonuçlari Ve Doğum Memnuniyetine Etkisi.* Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr adresinden erişildi.

Ferrari, R. B., Martin, C., Hollins Martin, C., Souza, F. G., Clini, J. V., Oliveira Onofre, L.B. , Diniz Zanetti, M.R., (2021). Translation of the UK-Birth-Satisfaction-Scale-Revised (BSS-R) into Brazilian (Portuguese) and description of initial measurement properties. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 27*, 1-7.

Ford, E., Ayers, S., (2009).Wright DB: Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women'sHealth,* 18, 245-52.

Gazan, A. (2020). *Doğum Eyleminde Destekleyici Ebelik Bakiminin Doğum Korkusu Ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi* Sağlik Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Manisa. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Genç, K. (2019). *Term bebeklerde kordon klempleme zamanı ve erken ten temasının anne doğum memnuniyetine et*kisi. Sağlik Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Gök, S., Burçkin, E., (2020). Strategic brand model proposal for patient satisfaction and private healthcare preferences. *Revista de Cercetare ve Interventie Sociala, 68,* 223-249.

Gökçek, A.İ (2022). *Doğum Sürecinde Aile Desteğinin Doğum Memnuniyetine Ve Konfora Etkisi.* Hamidiye Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Yüksek Lisans Tezi. Sağlik Bilimleri Üniversitesi. İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Gökkaya, D., İzgüden, D, Erdem, R., (2018). Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9(20),* 136-148.

Gökmen, Ö. (2017). *Doğum memnuniyet ölçeği revize formunun türk toplumuna uyarlanması,* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi. Ordu. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Göncü Serhatlıoğlu, S., Karahan, N., (2018). Doğum memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *JACSD,1(8),*75-91.

González, N., Quintana, J.M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Thompson A. et al., (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. ınt *J Qual Health Care Dec,17(6),* 465-72.

Goodman, P., Mackey, M.C., Tavakoli, A.S., (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Issues and Innovations In Nursing Practice, 46*,212-219.

Gözükara, F., Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 1*5(1),*32-46.

Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile inceenmesi, *TAF Prev Med Bull.,12(2),* 177-182.

Gültekin Karadağ, A., Var, E., Gökçe, R., Uçar, Dede D.,Gökyıldız, Ş., (2015) Normal doğum yapan kadınların doğum süreci memnuniyetinin değerlendirilmesi, *Sağ. Perf. Kal.Derg.*,(10):37-50.

Güngör, İ. (2009). *Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr adresinden erişildi.

Güngör, İ., Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery, 28(3),* 348-357.

Güven Olgun, E. (2019). *Vajinal Doğum Yapmış Kadınların Doğum Memnuniyeti İle İlişkili Faktörler: Hastane Tabanlı Araştırma.* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi. Karabük. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Hamm, R. F., Srinivas, S. K., Mccoy, J., Morales, K. H., & Levine, L. D. (2021). Standardized Cesarean Risk Counseling with Induction: Impact on Racial Disparities in Birth Satisfaction. *American journal of perinatology, 10.1055*, s-0041-1739468.

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., (2017). Factors related to a negative birth experience -A mixed methods study. *Midwifery,* 51, 33-39.

Hodnett, E.D., (2002). Review: continuous care giver support during labour has beneficial maternal and infant outcomes. *Evid. Based Nurs.,5(4),* 105.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Weston, J., (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.,* 2, 46-98.

Hollins Martin, C.J., Fleming, V., (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 24(2),* 124–135.

Hollins Martin, C.J., Martin, C.R., (2014). Development and psychometric properties of the birth satisfaction scale- revised (BSS-R). *Midewifery*, *30,* 610-619.

ICM, (2014). Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care (Erişim Tarihi: 02.04.2022) https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general

İçyeroğlu, G., Karabulutlu, E., (2011). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(7): 67-81.

İldan Çalım, S. , Saruhan, A., (2019). Travelbee Kuramı'na Göre Verilen Kişilerarası İletişim Eğitiminin Ebelerin İletişim Becerilerine ve Annelerin Doğum Memnuniyetine Etkisi. *Life Sciences, 14(4),* 104-121.

Jafari, E., Mohebbi, P., Mazloomzadeh. S., (2017). Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iran J Nurs Midwifery Res., 22(3),* 219-224.

Jha, P., Larsson, M., Christensson, K., Skoog Svanberg, A., (2017). Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: Results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh. *India Glob Health Action, 10,* 1386932.

Johnson, M., Langdon, R., Yong, L., Stewart, H., Kelly, P., (2002). comprehensive measurement of maternal satisfaction. the modified mason survey. *International Journal of Nursing Practice, (8),* 127-136.

Kaçar, N., (2020). Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Ebelik Uygulamaları. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi , 2 (2) ,* 113-130 .

Kahalon, R., Preis, H., Benyamini, Y., (2021). Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery, 92,* 102862.

Kamilçelebi, N., Şahin, A. S., Sargın, A., Karaman, S., Salihoğlu, Z., Derbent, A. (2019). Doğumhanede son bir yılda uygulanmış olan ağrısız doğum uygulamalarının retrospektif olarak incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi, 58(2),* 131-135.

Kaplan E., Çevik, S., (2021). The effect of guided imagery and reflexology on pain intensity, duration of labor and birth satisfaction in primiparas: randomized controlled trial. *Health Care for Women International, 42,* 4-6.

Karabel, M.P., Demirbaş, M., İnci, M.B., (2017). Türkiye'de ve dünyada değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi,7(4),*158-163.

Karaçam, Z., Akyüz, Ö. E., (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 19 (1),* 45-53.

Karacan, E. (2022).*Gebelik Döneminde Ve Doğum Eyleminde Yapilan Nefes Egzersizlerinin Ve Sanal Gerçeklik Uygulamalarinin Doğum Ağrisi, Doğum Süresi Ve Doğum Memnuniyet Düzeyi Üzerine Etkisi.* Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Gaziantep Üniversitesi. Gaziantep. URL: https://www.kocaeli.edu.tr

Karakaya, N., Koç, E., (2022) *Doğumun Başlamasi ve Doğum Süreci*.A. Dinç (Ed.) içinde*, Sağlık ve Bilim 2022 Ebelik-1* (ss.67,78). İstanbul Efeakademi Yayınları.

Karaman, Ö. E., Yıldız, H., (2018). Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: nasıl? ne sağlar? kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? *Turkiye Klinikleri, 10(1),* 78-87.

Kaya, T., İldan Çalım, S., Uçan, G., (2021). Doğum eyleminde ebelerle iletişimin doğum deneyimine etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 18 (1),* 671-677.

Kızılkaya, N., (1997). Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi, 5( 3),* 3-4.

Kurt Can, E., Ejder Apay, S., (2020). Doğum şekli: doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi?. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3),* 547-565.

Koç, E., Şahin, N., (2016). Doğum eyleminde beslenme. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni , 47 (4) ,* 125-128 .

Lopes, F., Nakamura, M. U., & Nomura, R. (2021). Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth, 48(2),* 251–256.

Maggioni, C., Margola, D., Filippi F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: avtwo-wave longitudinal study. Journal of *Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27,* 81-90.

Marc, I.,Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E.D., Blanchet, C., Dodin, S., Njoya, M.M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7,* CD007559.

Martin, H.C.J., Martin, R.C., (2013). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R), *Midwifery, 30,* 610–619.

Menhart L, Prosen, M. (2017). Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research. *Obzornik Zdravstvene Nege,* 51(4), 298–311.

Merkouris, A. , Ifantopoulos, J. , Lanara, V. , Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: A key concept for evaluation and improving nursing services. *Journal of Nursing Management, 7(1),* 19-28.

Mete, S. , Güler, B. , Aypar Akbağ, N. N., (2021). Vajinal doğum yapan annelerin ten tene temas ile ilgili bilgi, uygulama ve engelleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8-15.*

Mortazavi, F., Mehrabadi, M. (2022) Predictors of low birth satisfaction among Iranian postpartum women: A cross-sectional study. *Nurs Open . 9(1), 604-613.*

Mucuk K.O., Ozkan H., (2018). The relationship between childbirth satisfaction and motherhood role. *International Journal of Health Sciences, 6(3),* 8-15.

Muslu A., Yanıkkerem E., (2020). Doğum Beklentileri ve Deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik Güvenirlik Çalışması, *DEUHFED, 13 (4), 231-244.*

Nakić Radoš, S., Martinić, L., Matijaš, M., Brekalo, M., & Martin, C.R., (2021). The relationship between birth satisfaction posttraumatic stress disorder and postnatal depression symptoms in Croatian women. *Stress and Health. 38(3),* 500-508.

Omani-Samani R., Hollins Martin C.J., Martin C.R., Maroufizadeh S., Ghaheri A. & Navid B. (2021) The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI): a validation study in Iranian mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 34(11),* 1827-1831.

Oveysi, M., Ejder Apay, S., (2021). Doğumda algılanan destekleyici bakım ve memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi, 31(3),*232-238.

Özcan, Ş., Aslan, E., (2015). Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi [Determination of maternal satisfaction at normal and cesarean birth]. *İ.Ü.F.N.Hem. Dergisi,* 1,41-48.

Özen, Ü., Çam, H., Aslay, F.Y., (2011). Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi,* 2(1), 25-43.

Özöztürk, S., Aluş Tokat, M., Aypar Akbağ, N.N., Ekinci, F., (2022). Doğum şekli ve pariteye göre doğum memnuniyeti ile doğum sonu konfori ilişkisi. *TJFMPC, 16(1),* 179-188.

Paterno, M. T., McElroy, K., & Regan, M. (2016). Electronic Fetal Monitoring and Cesarean Birth: A Scoping Review. *Birth (Berkeley, Calif.),* 43(4), 277–284.

Ratislavovaa, K., Lorenzováa, E.H. , Hollins Martin, C.J., ve Martin, C.R.. (2022). Translation and validation of the Czech Republic version of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 9,*1-17.

Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. Ve Buitendijk, S., (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth., 35(2),* 107-16.

Rudman, A., Michel, B.A., Waldenstrıöm, U., (2007). Women's satisfaction whit intrapartum care- A pattem approac, *Journal Of Advanced Nursing, 59(5),*474-87.

Silesh, M., Lemma, T., (2021). Maternal satisfaction with intrapartum care and associated factors among postpartum women at public hospitals of North Shoa Zone Ethiopia. *PLoS ONE, 16(12), e0260710.*

Şişe, Ş., Altınel, E.C., Toksal, M., (2013). Üniversite hastanesinde bulunan hastaların hastane hizmetleri hakkındaki memnuniyet düzeyleri. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal, 14 (1),* 1-10.

Soet, J.E., Brack, G.A., Diıorio, C., (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth, 30(1),* 36-46.

Srivastava, A., Avan, B., Rajbangshi, P., Bhattacharyya, S., (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15,* 97.

Tabak, C. (2021*) Normal Doğum Yapmiş Kadinlarda Doğum Memnuniyeti ve İlişkili Faktörler.* Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Çanakkale. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Tandoğan Ö., Oskay Ü. (2021). Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3(1),* 39-44.

Tuğut N., Gölbaşı Z., (2013). Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 10 (2),* 38-44.

Tuncay, S., Kaplan, S., Moraloğlu, O., (2019). An Assessment of the Effects of Hydrotherapy During the Active Phase of Labor on the Labor Process and Parenting Behavior.*SAGE Journals, 28 (3),* 298-320.

Turan, G., Peker, N., Bağlı, İ., (2021). Evaluation of the effect of Birth Preparation Program on birth satisfaction with "Salmon's Item List" scale. *Ginekol Pol. 92 (6),* 417-422.

Turgu, S., Öztora, S., Çaylan, A., Dağdeviren, H.N., ( 2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumu ile ilişkisi. *Türk Aile Hek Dergisi, 22 (2),* 78-91.

Ünal, İ. (2017). *Annelerin Doğumdan Memnuniyetine Ve Doğum Eyleminde Destekleyici Bakimina Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi*. Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilimdalı, Tezli Yüksek Lisans. Ege Üniversitesi. İzmir. URL: https://acikbilim.yok.gov.tr

Urbanová E., Škodová Z., Bašková M.,(2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression, *IJERPH, 18 (19),* 10.3390.

Uysal B. (2017). *Kadinlarin Doğum Deneyimi Ve Doğum Sonrasi Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi.* Sağlik Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Eskişehir. URL: http://hdl.handle.net/11684/1461

Varışoğlu, Y., Ünlü, G., (2020). Türkiye'deki Tezlerde Doğum Ağrisinin Yönetiminde Kullanilan Nonfarmakolojik Yöntemlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 23(1),* 45-52.

Vural, G. (2016). *Doğum Eylemi.* L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği içinde* (Genişletil., ss. 325–263). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Waldenström, U. Rudman, A., Hildingsson, I., (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica, 85,* 551-560.

Weeks F., Pantoja L., Ortiz J., Foster J., Cavada GB., (2017). Labor and birth care satisfaction associated with medical ınterventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Womens Health, 62(2), 196-203.*

WHO (2018). *recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.* Erişim Tarihi:10.06.2022, https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

Yaldır I.A., Coban A., (2018). Maternal satisfaction in the early period after birth. *Jurnal Medical Brasovean, 1,* 50-56.

Yanıkkerem Uçum, E., Göker, A., Nicole Piro, N.,(2013). Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. *Selçuk Tıp Derg., 29(2),*75-81.

Yeşilçiçek Çalık, K., Karabulutlu, Ö., Yavuz, C., (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth, 18(1),* 415.

Yılmaz, S. D. (2017). *Doğumun Birinci Evresi.* M. Demirgöz Bal, & S. Dereli Yılmaz içinde, *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum.* İstanbul: AkademisyenYayınevi.

Yılmaz, S. D. (2017). *Doğumun İkinci ve Üçüncü Evresi.* M. D. Bal, & S. D. Yılmaz içinde, *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum* (s. 131-134). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Yücel U., Akın B. (2018*). Doğum ortamının mekansal düzenlenmesi: bir gözden geçirme çalışması.(* Editör: NWSA Academic Journals YEE Pristine Turkish Culture Center). *3 rd International Science Symposium.( s.123-129),* ISS2018. Pristine-Kosovo.

# EKLER

## EK-1: Tanımlayıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcılar **"Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi "** başlıklı bu araştırma, Lokman Hekim Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Vajinal doğum yapan kadınların doğum eyleminden memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

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

Size iki anket uygulanacaktır. İlki bireysel bazı özelliklerinizi ve bu doğumunuza ilişkin bilgileri belirlemek amacıyla hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. İkincisi doğum eyleminden memnuniyet düzeyinisi belirlemek için kullanılacak ankettir. İki anket 15-20 dakikada tamamlanmaktadır. Her bir soru araştırmacı tarafından size okunacak ve verdiğiniz yanıt anket formu üzerine işaretlenecektir.

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

Ayşe Kuyulu Akman

Lokman Hekim Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız isim ve soyisiminizi yazarak imzalayınız.

**İsim ve Soyisim:**

**İmza:**

**A-) Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler:**

**1.** Yaşınız:…

**2.** Eğitim Durumunuz:

1)Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6) Yüksekokul veya üniversite

**3**. Çalışma Durumu:

1) Çalışıyor ise mesleği: … 2) Çalışmıyor

**4.** Kaç yıldır evlisiniz? …

**5.** Ailenin Ekonomik Durumu:

1) Gelir giderden düşük 2) Gelir-gidere denk 3) Gelir giderden yüksek

**B-) Gebenin Obstetrik Öyküsü ve Gebeliğine İlişkin Bilgiler:**

**6.** Gebelik Sayısı: … (D/C-Abortus-Ölü Doğum)

**7.** Gebelik Haftası: … (Preterm/ Term)

**8.** Doğum Sayısı: … ( Primipar/ Multipar)

**9.** Planlı olarak mı gebe kaldınız?

1) Evet 2) Hayır

**C-) Doğum Sürecinde Yapılan Uygulamalar:**

**1. Evrede Yapılan Uygulamalar**

**10.** Doğum süresince hareket özgürlüğü tanındı mı?

1) Evet 2) Hayır

11. Doğum eylemi öncesinde lavman uygulaması yapıldı mı?

1)Evet 2 ) Hayır

**12.** Doğum sürecinde bebeğin su kesesini açmaya yönelik (amniyotomi) müdahale yapıldı mı?

1) Evet 2) Hayır

**13.** Doğum sürecinde suni sancı ( indüksiyon/ oksitosin ) uygulandı mı?

1) Evet 2) Hayır

**14.** Doğum süresince sancı takibiniz ve bebek kalp sesi takibiniz için sürekli NST uygulaması yapıldı mı?

1) Evet 2) Hayır

**15.** Doğum süresince beslendiniz ( oral alım) mi?

1) Evet 2) Hayır

**16.** Doğumda Sancıları azaltmak için Epidural/ spinal anestezi kullanma durumu?

1) Evet 2) Hayır

**17.** Doğumda ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemler kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

**2. ve 3. Evrede Yapılan Uygulamalar**

**18.** Doğum eyleminde bebeğin çıkışını desteklemek için karın bölgenize ( Fundal Bası) baskı uygulandı mı?

1) Evet 2) Hayır

**19.** Doğum anında bebeğin başını çıkartmak için müdahale uygulandı mı?

1) Evet 2) Hayır

**20.** Doğum eyleminde perine bölgenizde yırtık ( laserayon) gelişti mi?

1) Evet 2) Hayır

21. Doğumunuzdan hemen sonra bebeğinizle tentene temas yaptınız mı?

1) Evet 2) Hayır

**22.** Doğumun gerçekleşmesinden sonraki ilk yarım saatte ( 30 dk) bebeğinizi anne sütü ile ( kolostrum) beslediniz mi?

1) Evet 2) Hayır

**23.** Doğumunuzu nasıl değerlendirsiniz?

1) Çok kolay 2) Sıkıntılı, ağrılı, acı verici 3) Çok zor, güç 4) Diğer…

**24.** Bir sonraki doğum tercihiniz nedir?

1)Normal Doğum 2) Sezaryen Doğum

**25.** Diğer gebelere normal doğumu öneriyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

**D) Sağlık Çalışanına İlişkin Bilgiler:**

**26.** Sağlık çalışanın verdiği bakımı nasıl değerlendirirsiniz?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü

**27.** Sağlık çalışanın doğum eyleminde yeterli destek aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

**28.** Sağlık çalışanı tarafından doğum eylemi süresince bilgilendirildiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

**29.** Sağlık çalışanı doğum eylemi süresince mahremiyetinizi korudu mu?

1) Evet 2) Hayır

**EK-2: Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum)**

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

| | | Katılmıyorum | Kısmen Katılıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doctor ve hemşirelerin sayısı yeterliydi. | | | | | |
| 2 | Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar. | | | | | |
| 3 | Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler aileme iyi davrandılar. | | | | | |
| 4 | Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum. | | | | | |
| 5 | Sancılarla baş etmeme 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 isterdim | | | | | |
| 9 | Doğumdaki stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini isterdim. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Doğumda ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini isterdim. | | | | | |
| 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 aldılar. | | | | | |
| 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 onayım alındı. | | | | | |
| 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 / beslememe 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 yerdi. | | | | | |
| 29 | Doğum yaptığım oda doğum için uygun ve temiz bir yerdi. | | | | | |
| 30 | Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi. | | | | | |
| 31 | Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımın ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi. | | | | | |
| 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 daha uzun sürdü. | | | | | |
| 42 | Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı. | | | | | |
| 43 | Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu. | | | | | |

# ÖZGEÇMİŞ

## 1. BİREYSEL BİLGİLER

**Adı-Soyadı:** AYŞE KUYULU AKMAN

## 2. EĞİTİM DURUMU

**LİSANS:** Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü -2013

**YÜKSEK LİSANS:** Ankara Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 2020-2022 (Tam Burslu)

## 3. ÜYE OLUNAN BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türk Ebeler Derneği

## 4. MESLEKİ DENEYİM

Osmaniye Özel Park Hastanesi – Ebe / 06.06.2013-01.08.2014

Adana Özel Başkent Üniversitesi Hastanesi- Ebe/ 25.08.2014-13.12.2015

Adana Özel Acıbadem Hastanesi- Ebe/ 15.06.2016-27.04.2017

T.C. Sağlık Bakanlığı Ağrı Eleşkirt İlçe Devlet Hastanesi- Ebe /06.10.2017-14.02.2022

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi- Ebe/ 15.02.2022- Halen

## 5. KURS VE EĞİTİMLER

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi / Hasta Güvenliği Sertifika Programı- Adana (2014)

T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü /Acil Obstetrik Bakım Eğitimi- Adana (2016)

3.Uluslarası &7. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi /Elektronik Fetal Monitorizasyon Kursu- Adana (2016)

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü/ Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi- Ağrı (2018)

T.C. Sağlık Bakanlığı Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü/ NRP (Neonatal Resusitasyon Programı) Eğitimi- Ağrı (2019)

Ankara Lokman Hekim Üniversitesi / LHUSİNERG/ Sağlık Bilimlerinde Uygulamalı Fonksiyonel Pelvik Taban Anatomi Hibrit Eğitimi- I- Ankara (2021)

3. Uluslararası, 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi/ Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde Aromaterapi ve Fitoterapi Kullanımı Kursu- Çevrimiçi-2021

## 6. YAYIMLANAN BİLDİRİLER

4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi- Kadınların İnfertilite İle İlgili Geleneksel İnanç Ve Uygulamaları Poster Bildiri- Samsun (2013)

3. Uluslararası, 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi- Vajinal Doğumda Doğum Memnuniyeti Ve Etkileyen Faktörler- Derleme- Sözlü Bildiri- Ankara (2021)

5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi- Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitiminde Lamaze Yöntemi Ve Doğal Doğum- Derleme – Poster Bildiri- Çevrim İçi Kongre-2021

5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi- Meme Kanseri Ve Ebelik Bakımı- Derleme-Poster Bildiri- Çevrim İçi Kongre-2021

LHUGETAM Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Kadın Sağlığında Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Sempozyumu II: Üreme Sağlığı Ve Sorunları – Postpartum Dönemde Cinsel Sağlık Sorunları ve Ebelik Yaklaşımı- Çevrimiçi kongre 2022

## 7. BAŞARI BELGELERİ

Ağrı Eleşkirt İlçe Kaymakamlığı – Başarı Belgesi – Yazı- 65-07.07.2021-657 SAYILI DMK'NIN 122. MADDESİ GEREĞİ

Ağrı Eleşkirt İlçe Kaymakamlığı – Başarı Belgesi – Onay- 1213-21.04.2021-657 SAYILI DMK'NIN 122. MADDESİ GEREĞİ