



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**GEBELERİN SANAL DOĞUMHANE ZİYARETİNİN DOĞUM
UYUMUNA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERVE AKINCI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER

Eskişehir, 2023



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**GEBELERİN SANAL DOĞUMHANE ZİYARETİNİN DOĞUM
UYUMUNA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERVE AKINCI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER

Eskişehir, 2023

ÖZET

Amaç: Kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıklarını hem kendi bakış açısıyla hem de doğumu takip eden ebeinin bakış açısıyla değerlendiren ölçek geliştirmek ve primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum uyumuna ve normal doğuma ilişkin inançlarına etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Birinci aşama, Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde(KEAH) doğumhane ve lohusa servislerinde gerçekleştirilen metodolojik çalışmadır. Literatür taraması ve odak grup görüşmeleri sonucunda madde havuzları oluşturulmuştur. 300 lohusaya “Doğum Uyumlu Öz Değerlendirme Ölçeği(DUÖDÖ)” ve 300 lohusayı doğumda takip eden ebeler “Doğum Uyumlu Ebe Değerlendirme Ölçeği(DUEDÖ) uygulanmıştır ve geçerlik-güvenirlilik analizleri yapılmıştır. İkinci aşamada KEAH'nin gebe polikliniklerinde randomize kontrollü çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubuna (n=40) sanal doğumhane ziyareti gerçekleştirilmişken, kontrol grubu (n=40) yalnızca rutin bakım almıştır. Veriler, Anket formu, DUÖDÖ, DUEDÖ ve Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği(NDİÖ) kullanılarak toplandı. İstatistiksel analizlerde ki-kare, bağımlı-bağımsız gruplarda t testi, kolerasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Birinci aşamada yapılan geçerlilik-güvenirlilik analizleri, DUÖDÖ'nün 22 maddeden ve iki alt boyuttan (ebe-gebe ilişkisi uyumu ve doğum ortamı uyumu); DUEDÖ'nün ise 17 maddeden tek boyuttan oluştuğunu göstermektedir. Cronbach Alpha değerleri DUÖDÖ için 0,949 ve DUEDÖ için 0,937 olarak belirlenmiştir. İkinci aşamada ise müdahale grubu, kontrol grubuna göre DUÖDÖ ve DUEDÖ puanlarında anlamlı bir artış göstermiştir($p<0,05$). Ayrıca, DUÖDÖ ile DUEDÖ toplam puanları arasında pozitif zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Müdahale grubundakilerin NDİÖ puanları ile DUÖDÖ puanı ve ebe-gebe ilişkisi alt boyutu puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Sonuç: Çalışma, DUÖDÖ ve DUEDÖ'nün Türk toplumu için geçerli-güvenilir ölçüm araçları olduğunu ortaya koymaktadır. Sanal doğumhane ziyareti, primipar gebelerin doğum uyumunu ve normal doğuma ilişkin inançlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum uyumu, ölçek geliştirme, sanal doğumhane ziyareti, normal doğum inançları, ebe değerlendirmesi

ABSTRACT

Objective: Developing a scale to assess women's adaption during childbirth from their perspective and the attending midwife's viewpoint is the primary aim. The study also evaluates the impact of virtual maternity ward visits on primiparous women's childbirth adaption and beliefs related to normal childbirth.

Method: In the initial phase at Karabük University Training and Research Hospital, literature review and focus group discussions led to forming item pools for postpartum women ("Childbirth Adaption Self-Assessment Scale-CASAS") and midwives ("Childbirth Adaption Midwife Evaluation Scale-CAMES"). Applied to 300 postpartum women and attending midwives, these scales underwent validity-reliability analyses. The subsequent randomized controlled trial at the hospital's prenatal clinics involved an intervention group (n=40) experiencing virtual maternity ward visits and a control group (n=40) receiving routine care. Data, including CASAS, CAMES, and The Belief Scale for Normal Delivery (BSND) were collected using a questionnaire. Statistical analyses included chi-square, independent-samples t-test, and correlation analyses.

Results: CASAS comprised 22 items and two subscales, while CAMES was single-dimensional scale with 17 items. Cronbach's Alpha values were 0.949 for CASAS and 0.937 for CAMES. The intervention group demonstrated significant increase in CASAS and CAMES scores compared to the control group ($p < 0.05$). A positive weak correlation was identified between CASAS and CAMES total scores, as well as between intervention group participants' BSND scores and CASAS total score and midwife-patient relationship subscale score ($p < 0.05$).

Conclusion: This study affirms CASAS and CAMES as valid, reliable tools for the Turkish population. Virtual maternity ward visits positively impact primiparous women's childbirth adaption and beliefs about normal childbirth.

Keywords: Childbirth adaption, scale development, virtual delivery room visit, beliefs about normal childbirth, midwife assessment.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI.....	
ETİK BEYAN.....	
TEŞEKKÜR.....	
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	15
2. GENEL BİLGİLER.....	18
2.1. Uyum Kavramı ve Tanımı	18
2.2. Uyum Kavramının Temel Bileşenleri	20
2.3. Doğum Uyum Kavramı ve Tanımı.....	22
2.4. Doğum Uyumunu Arttırmada Temel Bileşenlerin Kullanımını	24
2.5. Doğum Uyumunu Etkileyen Faktörler	28
2.5.1. Doğum ortamı.....	29
2.5.2. Doğum korkusu.....	33
2.5.3. Doğum öncesi eğitimler.....	35
2.5.4. Ebe ile gebe ilişkisi.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	41
3.1. Araştırmanın Amacı	41
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	41
3.3. Araştırmanın Türü.....	42
3.4. Araştırmanın Evren Ve Örneklem.....	42
3.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları.....	48
3.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi.....	50
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	53
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	54
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi	54
4. BULGULAR.....	56
4.1. Araştırmanı Birinci Aşamasına Ait Bulgular: Ölçek Geliştirme Süreci.....	56

4.1.1. Madde havuzunun oluşturulması.....	56
4.1.2. Kapsam (İçerik) geçerliliği.....	59
4.1.3. Pilot uygulama.....	63
4.1.4. Güvenilirlik analizleri.....	66
4.1.5. Geçerlilik analizleri.....	69
4.1.6. Ölçek geliştirme sürecinin raporlanması.....	78
4.2. Doğum Uyum Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri.....	79
4.3. Araştırmanın İkinci Aşamasına Ait Bulgular.....	81
5. TARTIŞMA.....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	101
8. EKLER DİZİNİ	113
EK-1 Anket Formu	
EK-2 Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği Kullanım İzni	
EK-3 Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği	
EK-4 Sanal Doğumhane Videosuna Ait Görseller	
EK-5 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı	
EK-6 Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Yazısı	
EK-7 Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği Madde Havuzu	
EK-8 Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği Madde Havuzu	
EK-9 Doğum Uyumuna Yönelik Kompozisyon Formu	
EK-10 Ölçek Madde Havuzunu Değerlendiren Uzmanlar Listesi	
EK-11 Uzman Sayısına Göre $A=0.05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO İçin Minimum Değerler	
EK-12 Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği	
EK-13 Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği	
EK-14 Benzerlik Oranı	
9. ÖZGEÇMİŞ	130
10. YAYINLAMLA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	133

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4. 1. Odak grup görüşmelerindeki katılımcıların doğum uyumu hakkındaki görüşleri	58
Tablo 4. 2. Uzman değerlendirmesi doğrultusunda taslak DUÖDÖ'nin KGO değerleri	60
Tablo 4. 3. KGO değerleri doğrultusunda taslak DUÖDÖ'deki kalan maddeler.....	61
Tablo 4. 4. Uzman değerlendirmesi doğrultusunda taslak DÜEDÖ'deki maddelerin KGO değerleri.....	62
Tablo 4. 5. KGO değerleri doğrultusunda taslak ölçeğin DÜEDÖ versiyonunda kalan maddeler	62
Tablo 4. 6. DUÖDÖ'nin pilot uygulama analizi	63
Tablo 4. 7. DÜEDÖ'nin pilot uygulama analizi.....	65
Tablo 4. 8. DUÖDÖ'nin madde analizi	66
Tablo 4. 9. DUÖDÖ'nin madde analizi sonrası.....	67
Tablo 4. 10. DÜEDÖ'nin madde analizi	68
Tablo 4. 11. DUÖDÖ Test-Tekrar Test	69
Tablo 4. 12. DÜEDÖ Test-Tekrar Test	69
Tablo 4. 13. DUÖDÖ'nin faktör yapısı.....	70
Tablo 4. 14. DÜEDÖ'nin faktör yapısı	72
Tablo 4. 15. DUÖDÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri	74
Tablo 4. 16. DUÖDÖ'nin faktör yükleri.....	75
Tablo 4. 17. DÜEDÖ doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri	76
Tablo 4. 18. DÜEDÖ'nin faktör yükleri	77
Tablo 4. 19. DUÖDÖ'nin alt-üst %27 gruplarına göre farklılaşma durumu.....	77
Tablo 4. 20. DÜEDÖ'nin alt-üst %27 gruplarına göre farklılaşma durumu	78
Tablo 4. 21. Katılımcıların DUÖDÖ'ne göre uyum düzeyleri.....	79

TABLolar DİZİNİ (Devam Ediyor)

Tablo 4. 22. Katılımcıların DUEÖDÖ'ne göre uyum düzeyleri	80
Tablo 4. 23. DUÖDÖ ve DUEÖDÖ'nin toplam ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaların dağılımı	80
Tablo 4. 24. DUÖDÖ ve DUEÖDÖ toplam ve alt boyutları puanları arasında korelasyon analizi	81
Tablo 4. 25. Değişkenlerinin normal dağılımı	81
Tablo 4. 26. Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	82
Tablo 4. 27. Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı	83
Tablo 4. 28. Gebelerin NDİÖ'nden aldıkları toplam ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	84
Tablo 4. 29. Gebelerin ön test- son test normal doğuma inanç düzeylerinin karşılaştırılması.....	85
Tablo 4. 30. Araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ'ne göre doğum uyum düzeyleri.....	78
Tablo 4. 31. Araştırma grubunun doğum uyum puanlarının gruplara göre karşılaştırılması	79
Tablo 4. 32. Araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon.....	80
Tablo 4. 33. Araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ puanlarıyla NDİÖ ön test-son test puanları arasındaki korelasyon	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Uyumun temel bileşenleri.....	6
Şekil 3. 1. Araştırmanın ikinci aşamasına yönelik consort diyagramı	45
Şekil 3. 2. Araştırmanın ikinci aşamasına yönelik akış şeması.....?	
Şekil 4. 1. DUÖDÖ'nin faktör saçılım grafiği.....	71
Şekil 4. 2. DUEDÖ'nin faktör saçılım grafiği	73
Şekil 4. 3. DUÖDÖ'nin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram.....	74
Şekil 4. 4. DUEDÖ'nin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram	76
Şekil 4. 5. DUÖDÖ ve DUEDÖ ölçek geliştirilme aşamaları.....	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

KGI: Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerlik Oranları

DUÖ: Doğum Uyum Ölçeği

DUÖDÖ: Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği

DUEDÖ: Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği

NDİÖ: Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences)

X²/Sd: Ki-kare/ Serbestlik Derecesi

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

Ort: Ortalama

Min: Minimum

Max: Maksimum

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eylemi kendiliğinden başlayan fizyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimini içeren özel bir süreçtir. Sağlıklı bir doğum süreci için kadının doğuma uyum sağlaması oldukça önemlidir. Bu süreçte kadın çok sayıda iç ve dış uyaranla mücadele ederek doğuma uyum sağlamaya çalışmaktadır (Mahmood, 2016).

Doğumda kadının iç ve dış uyaranlara karşı mücadele etmesinde ve içgüdüsel gücünü ortaya koymasında önemli etkenlerden biri çevresidir. Doğum eyleminde çevre, doğumhane ortamını temsil etmektedir (Öztürk vd., 2018). Doğumhane, çoğu gebe kadın için bilinmezliklerle dolu olan bir ortam olarak algılanmaktadır. Gebeler bu ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan, doğumun nasıl olacağı ile ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalmaktan korkmaktadır. Doğumhanede olup bitenleri yeterince bilmedikleri ya da anlayamadıkları için baş edememe, kontrolü kaybetme, bebeğine zarar gelecek endişesi gibi engellerle mücadele etmektedir (Özkaraman vd., 2012; Sert vd., 2014). Bu nedenlere bağlı olarak çoğu kadın doğumhane ortamını alışılmadık, gürültülü, korku ve endişe yaşanan yer olarak tanımlamaktadır (Khomehchian vd., 2020). Yapılan çalışmalarda primipar kadınların bu engeller ile daha sık karşılaştığını bildirirse de daha önceden doğum deneyimini yaşayan kadınların da yeni ortamla nasıl baş edeceği konusunda endişeleri olduğu bildirilmektedir (Coşar & Demirci, 2012). Ayrıca doğumhanedeki diğer gebelerin doğum yaparken çığlık atması, bağırması, ağrı ve anksiyete yaşaması ve doğum anında kadının özel vücut kısımlarının görünür olması kadınlar için normal doğumu tatsız bir deneyim haline dönüştürebilmektedir (Karaçam & Akyüz, 2011; Kızılırmak & Başer, 2016; Khomehchian vd., 2020). Tüm bunlar kadının doğumdaki uyum dengesini bozarak uyum sağlama gücünü etkileyebilmektedir (Özkaraman vd., 2012; Sert vd., 2014). Bozulan uyum dengesinin tekrar kurulması için kadın doğuma yönelik iç güdüsel olarak gerekli birçok mekanizmaya sahiptir ya da bu mekanizmaları geliştirme potansiyeli bulunmaktadır. Ancak kadınların çoğu doğumdaki içgüdüsel gücünün farkında değildir (Fahy & Parratt, 2006). Bu durum birçok kadının tıbbi olarak gerekli olmayan sezaryeni tercih etmesine neden olmaktadır. (Gözükara & Eroğlu, 2006; Şahin vd., 2009). Sezaryen cerrahi doğum için bir norm olduğunda, kaçınılmaz olarak anne ölüm oranları da yükselmektedir (Sayiner & Uzel, 2018). Literatürde sezaryen doğumdaki anne ölüm oranının normal doğumdan 4-5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Hossein Baghianimoghadam vd., 2014). Dünya geneli sezaryen oranı

DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı raporda %17'dir ve raporlarında sezaryen oranlarının %10 ila 15'in üzerinde olmaması gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2015a; WHO, 2015b). Ülkemizdeki sezaryen oranları ise TNSA, 2018'e göre %54,9'tur ve yaklaşık her beş kadından ikisi (% 38) isteyerek sezaryen doğumu tercih etmektedir (TNSA, 2018).

Ülkemizdeki sezaryen oranlarının azaltılabilmesi ve vajinal doğumun keyif verici bir deneyime dönüşebilmesi için kadınların normal doğuma teşvik edilmesi gerekmektedir. Buna yönelik yapılan doğuma hazırlık eğitimlerinin kadınların normal doğum tercihleri üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır (Khorsandi vd., 2012; Dadipoor vd., 2017; Mete vd., 2017). Ancak sadece doğum odasında verilen eğitimler yeterince etkin olmayabilir. Dolayısıyla her kadının prekonsepsiyonel dönemden başlayan ve doğuma kadar devam eden bir doğuma hazırlık süreci içinde yer alması gerekmektedir. Buna yönelik ülkemizde düzenli katılım gerektiren birden fazla doğum öncesi eğitim programı bulunmaktadır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014). Ancak birçok eğitim programında olduğu gibi doğum öncesi eğitimlerde de COVID-19 pandemisi etkisi nedeniyle bazı aksaklıklar meydana gelmiştir (Fryer vd., 2020; Lu vd., 2020). Gebeler doğum öncesi eğitimlere düzenli şekilde katılamamış ve doğum yapacakları ortamı önceden tanıma fırsatı sağlayan doğumhane ziyaretlerini gerçekleştirememişlerdir. Bu doğrultuda birçok gebe doğum sürecine hazırlık için çevrimiçi bilgi talep etmeye başlamış ve dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde çevrimiçi eğitimler popüler hale gelmiştir (Larsson, 2009; Kavak vd., 2012; Serçekuş vd., 2021; Kocademir & Gerçek, 2020). Günümüzde Covid-19 pandemi etkisi her ne kadar geride kalmış olsa da gebelerin geçmişten beri süre gelen doğum öncesi eğitimlere düzenli şekilde katılmaması, çevrimiçi eğitimlerin doğum öncesi eğitim programlarında yer alması gerektiğini göstermektedir (Turan vd., 2008; Başar & Çiçek, 2018; Gürsoy & Set, 2020).

Son zamanlarda ülkemizde web ortamındaki interaktif uygulamaların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (İbici Akça & Aksoy Derya, 2022; Bozkurt vd., 2023). Gebeler arasında internet erişiminin yaygın olması ve internet kullanımlarının daha çok güvenilir olmayan bilgi kaynakları üzerinde gerçekleşmesi, maliyeti düşük, kullanımı kolay ve her gebenin ulaşabileceği daha fazla sayıda web uygulamalarının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Ahmadian vd., 2020; Serçekuş vd., 2021). Bu doğrultuda kadınların gebelikte en çok merak ettikleri konulardan biri olan

ve doğum ortamının bilinmezliğini ortadan kaldırmaya yönelik doğumhane tanıtım videoları hazırlamak gebelerin doğuma uyum sağlamaları ve doğuma hazırlık aşamalarını kolaylaştırmak açısından oldukça önemlidir.

Günümüz koşullarında kendi yaşadığı ortamların dışında doğum yapan kadınların farklı bir çevreye geçme ve bu çevreye uyumu söz konusudur. Bu çalışmanın amacı, kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıkları hem kendi bakış açısıyla hem de doğumu takip eden ebeğin bakış açısıyla değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum uyumuna etkisini değerlendirmektir. Böylelikle zaman, maliyet gibi farklı yetersizlikleri olan kadınların doğuma yönelik öğrenim süreçlerine aktif olarak katılmaları ve doğum uyumlarının sağlanması hedeflenmektedir. Aynı zamanda her koşulda ziyarete uygun olmayan doğumhanelerin her zaman gebelerin erişimine açık hale getirilmesi öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyum Kavramı ve Tanımı

Birey doğumdan başlayıp yaşamın son evresine kadar değişen yaşam koşullarına sürekli bir uyum çabası içindedir (Çelik, 2019). Bireyin kendi ihtiyaçlarıyla çevre beklentileri arasında kurabildiği uzlaşım ve ahenk becerisi uyum kavramı olarak tanımlanmaktadır (Kılıççı, 1988). Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmenin ön koşulu, kişinin kendisine ve çevresine uyum sağlamasıyla ilişkilidir (Cüceloğlu, 2015).

Kişiler yaşadığı çevreyle sürekli etkileşim halindedir ve kendi istek ve gereksinimlerini çevresiyle uzaklaştırabildiği taktirde uyum ortaya çıkmaktadır (Onat, 2010). Uyum, bireylerin değişen yaşam koşullarına gösterdiği tepkiler bütünüdür (Heath, 1965). Her tepki bir davranış biçimini oluşturur ve her davranış iç ve dış faktörlerin kontrolü altındadır. Bireylerin geçmiş yaşantıları, tecrübeleri, tutum ve beklentileri iç faktörlerle ilişkilidir ve sürekli değişen psikolojik durumlara göre davranışlarında çeşitlilik göstermektedir. Dış faktörler ise, bireylerin içinde bulunduğu fiziksel-çevresel ortamın davranışları üzerindeki etkisi olarak bilinmektedir (Gençtan, 2014; Cüceloğlu, 2015). İç ve dış faktörler sürekli denge ve uyum içindedir. Katı ve durağan özellik taşımayıp değişken bir yapıya sahiptir (Yörükoğlu, 1998).

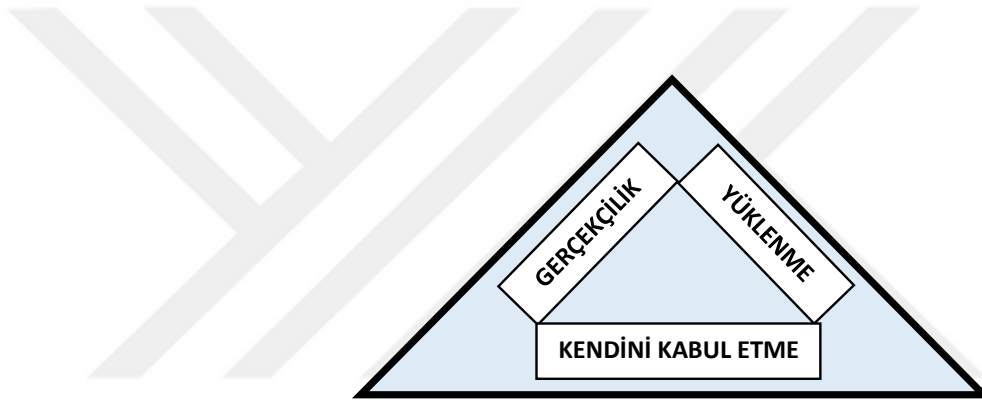
Bireyin kendi gereksinimlerini ortamın taleplerine uyacak şekilde gerçekçi şekilde karşılayabilmesi sağlıklı bir uyum süreci geçirmenin en önemli işaretlerinden biridir. Bu durum çevresindekilerin ona karşı bakış açısını olumlu kılacağı gibi kendisini daha iyi hissetmesini de sağlayacaktır. Davranışları uyumlu olan bireyler psikolojik açıdan genellikle sağlıklıdır. Benlik yapılarını güçlü şekilde koruyarak çevresel şartlara uygun davranışlar gösterirler. Zorluklar karşısında kendilerine gerekli olan bilgileri elde ederek onlardan yararlanma becerilerini kullanır ve kendi kişiliğiyle yaşadığı ortam arasında denge kurmaya çalışmaktadırlar (Balcıoğlu, 2001; Çelik, 2019). Genellikle bu kişiler ne istediğini bilerek davranış sergiler, kendilerini tanır, bedensel olarak sağlıklıdır ve engeller karşısında pasif rol almayıp yaratıcı özelliklerini kullanarak hislerini ve sorunlarını karşısındakine aktarabilirler. Herhangi bir durum ya da olay karşısında ikilem çoğunlukla yaşamazlar, kontrollü davranma ile içinden geldiği gibi davranma arasında denge kurmayı öğrenmiş kişilerdir. Ayrıca kendi davranışlarını toplum kurallarına göre düzenleyebildiği gibi daha iyi bir yol olduğunu fark ettiklerinde kendi kurallarını kolaylıkla değiştirebilirler. Bu tarz

esneklikler kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlayarak gereksinimlerini daha gerçekçi şekilde değerlendirmesine neden olur. Aynı zamanda uyumlu bireyler, ekip çalışmasından hoşlanır, karşısındakine güven verir, motivasyonu yüksek iyi iletişim kuran sevecen ve kibar insanlardır (Thoms vd., 1996; Başaran, 2005). Uyumsuz bireyler ise, olaylar karşısında çok sık endişe duyarlar, tutarsız davranırlar, korku düzeyleri yüksektir ve bu doğrultuda karar vermekte zorluk yaşarlar. Karşısındakinin tutumuna aykırı davranışlar gösterebilirler ve başkasının söylemlerini algılamakta zorlanabilirler. Kişilerle yüzeysel ilişki kurarak iş birliğinden uzak dururlar ve çevresindekilerle iletişimleri kuvvetli değildir (Yücel & Çizel, 2018, Yörükoğlu 1998). Başkalarına karşı sürekli şüphe ile yaklaşırlar, bencildirler ve kendilerini çoğunlukla yalnız hissederler (Ezgin & Dilmaç, 2018).

Bireyin bir olay karşısında veya süreç içinde uyumlu olup olmadığını değerlendirilirken yalnızca bir davranışına bakarak iyi veya kötü uyum içinde olduğu söylemek doğru değildir. Çünkü uyum tek yönlü bir kavram değildir. Bu nedenle kişinin sergilediği tüm davranışları uyum açısından göz önünde bulundurmak gerekir. Bir davranışın uyumlu olup olmadığı o kişinin karakteri ve bulunduğu ortam arasındaki denge ile ilişkilidir ve bu dengenin devamlılığı uyum açısından oldukça önemlidir (Başaran, 1997; Çelik, 2019). Uyum dengesi kurulmadığında kişi, çevresel koşulların üstesinden gelemeyebilir ve toplumun onaylamadığı uyumsuz davranışlar ortaya çıkabilmektedir (Balcıoğlu, 2011; Gençtan, 2015). Aynı zamanda çevresel koşullar bireyde yeni bir stres kaynağı oluşturarak korku ve kaygı düzeylerini arttırabilir ve günlük yaşamda üstesinden gelemeyeceği öfke, saldırı, gerilim, gerçekleri çarpıtma gibi uyum bozan davranışlara neden olabilmektedir (Çelik, 2019). Yapılan çalışmalar bireyin korku ve kaygı düzeyi ne kadar yükselirse elde edemediği gereksinime duyduğu isteğinin o kadar şiddetli olduğunu ve uyumsuz davranışlar sergileme eğiliminin daha fazla arttığını göstermektedir (Yanbastı, 1996; Başaran, 1972). Buna bağlı olarak sorumluluklardan kaçma, doğru bilenen şeyleri yanlış kullanma, özgüven eksikliği gibi uyumsuz davranışlar daha sık gözlemlenmektedir (Başaran, 1972; Başaran, 2005). Dolayısıyla bireyin uyumlu olup olmadığı değerlendirilirken kendi niteliksel özellikleri dışında çevresel koşulların mutlaka irdelenmesi gerekmektedir.

2.2. Uyum Kavramının Temel Bileşenleri

Sağlıklı bir uyum süreci üç unsur çerçevesinde gerçekleşmektedir. (Başaran, 1972; Başaran, 2005; Çelik, 2019). Bu unsurları yerine getiren kişiler yaşamlarında bedensel olarak sağlıklıdır ve kendini ve çevresindekileri koşulsuz kabul ederler. Herhangi bir olay karşısında pasif rol almayıp sosyal katılım gerçekleştirerek yaratıcı özellikleriyle yaşamdan zevk alırlar. Bu unsurlar, gerçekçilik, yüklenme, kendini kabul etme olarak belirlenmiştir. Bunlar kendi içinde bir denge içerisindedir ve birbirini etkilemektedir. Herhangi birinin zayıf olması uyum davranışının bozulmasına ve zayıflık derecesine bağlı olarak uyumsuzluğa yönlendirmektedir (Başaran, 2005), (Şekil 2.1.).



Şekil 2. 1. Uyumun temel bileşenleri (Başaran, 2005)

2.2.1. Gerçekçilik

Uyumun ilk unsuru, gerçekçi olmaktır. Gerçekçilik, bireyin kendiyle ilgili hedefler belirlemesinde, çözüm seçmesinde ve başarı derecesini kestirmesinde gerçek bilgi olarak ifade edilen bilimsel bilgileri kullanabilmesidir (Çelik, 2019).

Uyum sürecinde gerçekçi olan kişiler, amaçları doğrultusunda çözüm üretirken karşılaşacağı olası tehlikeleri önceden fark eder ve bu doğrultuda oluşan düşünce ve davranışlarını hassas bir şekilde denetleyerek gerçekleştirmeye çalışır. Potansiyel tehlikeler onlar için ne görmezden gelecek kadar küçük ne de olduğundan fazla görünecek kadar büyük özelliktedir. Eğer ki tehlikeler ciddi boyutta risk taşıyorsa kişide korku, endişe, kaygı, stres gibi duygular ön plana çıkabilir fakat bu duygular çevresindekileri rahatsız edecek kontrolsüzce davranmalarına neden olmaz. Aksine özensiz davrandıklarında kontrolü kaybedip başarısızlıkla karşılaşacaklarını bilirler.

Bu yüzden davranışlarını sürekli denetleyici ve çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurma eğilimindedirler. Böylelikle gerçekçilik dışına çıkmadan kendilerine güvenerek zorlukların üstesinden gelebileceklerini keşfetmişlerdir (Başaran, 2005; Çelik, 2019).

Bazen kullanacak gerçek bilgiler ortada olmasına rağmen kişi kendi alışkanlıklarını kullanma dürtüsüyle bilimsel bilgileri kullanmak istemez ya da sorunun net anlaşılmaması, zaman kısıtlılığı yüzünden kullanmayı ihmal edebilir. Başarısızlık ile sonuçlanan bu durumlar kişinin gerçekçilikten yoksun olduğu anlamına gelmeyip gerçeklerin bilerek akıllıca ihmal edildiğini göstermektedir. Ancak herhangi bir sorun karşısında çözüm yolları ararken yanlışlığı kanıtlanan bilgileri kullanmak, gerçekçilik ile ilişkili değildir ve kişiyi uyumsuzluğa yönlendirir. Kişilerin kendisine ulaşılması güç hedefler koymasına ve gerçeklerden kaçma yolunu tercih etmesine neden olur. Bu kişiler genellikle gerçeklere saldırır ya da gerçekleri benimsemede yetersiz kalmaktadır. Kendine başka bir hayal dünyası kurarak yeni fikirlere kendisini kapatır, yenilikleri sorgulamadan reddeder, karşılaştıkları zorlukları abartıp kendi yeteneklerini olduğundan fazla gösterirler. Bu davranışlar kişilerin gerçeklikten ilgisini kestiklerini göstermekte olup uyumsuz davranışlar sergilemeleriyle doğrudan ilişkilidir (Başaran, 1972; Başaran, 2005; Çelik, 2019).

2.2.2. Yüklenme

Potansiyel tehlikeler ve sorunlarla olan mücadeleyi kabullenme, yüklenme unsurunu ifade etmektedir. Kişinin uyum süreci yalnızca gerçekçilik unsuru ile gerçekleşmemektedir. Uyumun temel bileşenleri arasında yer alan diğer bir unsur yüklenmedir. Gerçekçi bir kişinin başarısız olma olasılığına karşın amacına ulaşmak için tüm gücüyle işine yüklenmesi anlamını taşımaktadır (Başaran, 1972; Başaran, 2005).

Yüklenme, kişinin yaptıklarından kendisinin sorumlu olduğunu bilme ve sorunlarla mücadele etme gücünü kendinde bulma sürecidir. Birey üzerine düşen sorumluluklarını yerine getirmediği zaman ya da sorunlarla mücadeleden vazgeçtiği anda davranışlarında belirgin değişiklikler meydana gelir. Özellikle korku, endişe, kaygı gibi duyguların etkisiyle kendi davranışlarının sonuçlarına sahip çıkmayan ve başkalarının haklarına saygı göstermeyen tepkiler göstermeye başlarlar. Zorluklardan kaçma eğilimleri artar ve giderek kendilerine olan güvenlerini yitirirler. Aşırı koruyucu, kuralcı, mükemmeliyetçi gibi kendisiyle ve çevresiyle olan etkileşimini

bozacak uyumsuz davranışlar sergilerler. Tüm bunlar bireyin kişiler arası ilişkilerinde çatışmaya girmesine ve kendisine ve çevresine uyum sağlama çabasının azalmasına neden olacaktır. Dolayısıyla bireyin üstüne düşen sorumluluklarını yerine getirmesi için hedefinde ısrarlı olması, elindeki fırsatları kaçırmadan üstüne düşen görevleri yerine getirmesi açısından uyumun tüm bileşenleri arasında yüklenme unsurunu ön plana çıkarmaktadır. (Başaran, 2005, Çelik, 2019).

2.2.3. Kendini kabul etme

Gerçekçilik ve yüklenme unsurları sağlıklı bir uyum süreci geçirmek için tek başına yeterli değildir. Kişinin başarılı uyum süreci geçirmesinde kendini kabul etmesi en önemli özelliklerdendir. Kendini kabul etme, kendine güven, saygı, ilgi duyma, yeterli hissetme gibi özellikleri içermektedir. Kişi bu özellikleri taşıdığı taktirde başarısız olsa bile, uyum dengesi bozulmadan kendine olan saygısını korumaktadır (Başaran, 2005, Çelik, 2019).

Kendini kabul etme süreci, kişinin çevresinde olup biten ile başa çıkabilmesi adına davranışlarını kontrol etmesi, kendi adına kararlar alması ve kendini yeterli hissetmesiyle ilişkilidir. Kendi kararları ve amaçları doğrultusunda davranır, üzerine düşen görevleri yerine getirmeyi hedefler. Bu süreçte kendini beğenmişlik ya da mükemmeliyetçilik gibi tavırlar içinde olmadan özgüvenini koruma odaklıdır. Aynı zamanda bu kişilerin mizaç anlayışları, yaratıcılıkları ve motivasyonları oldukça yüksektir (Başaran, 2005).

Kendini kabul etmenin önemli bir yönü, başkalarının kendi gerçek benliğini görmesine izin verme yeteneği ve istekliliğidir. Bu doğrultuda çevresindekilerin kendisini olumsuz yargıladığı endişesi olmadan içinde bulundukları ortamın yeni yönlerini keşfetmeye çalışırlar. Başkaları gibi davranmak yerine başkalarının nasıl davranmaları gerektiğini düşünürler. Kontrolsüz öfke, saldırganlık, çevresindekilere zarar verme, depresyon gibi tutum ve davranışlar kişinin kendini kabul etme yoksunluğu ile ilişkilendirilmektedir (Carson & Langer, 2006).

2.3. Doğum Uyum Kavramı ve Tanımı

Doğum eylemi, kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişikliklerini içeren ve kısa zamanda bu değişikliklere bir bütün halinde uyum sağlamasıyla karakterize olan önemli bir süreçtir. Doğum uyumu, çok yönlü ve kapsamlı bir kavram olup, doğum sürecinde kadının kendisiyle ve başkalarıyla olan etkileşimini

içermektedir (Demirbaş & Kadioğlu, 2014; Karabulut Doyurgan, 2009). Doğum uyumu, doğumda sürekli değişen koşullar karşısında kadının ortaya çıkan gereksinimlerine yönelik gösterdiği tepkiler bütünüdür. Kendisiyle ve çevresiyle kurduğu sağlıklı ilişkileri devam ettirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Özgüven, 1992; Alver, 1998; Gençtan, 2014; Iravani vd., 2015).

Kadın doğum sürecinde kendi gereksinimlerini karşılamaya yönelik sürekli bir uyum çabası içindedir. Her kadının doğumda kendine özel gereksinimleri bulunmaktadır ve bu gereksinimler davranışlarındaki uyum dengesini etkilemektedir. Özellikle korku, endişe, kaygı gibi doğumda rahatsız edici, olumsuz duygular kadının kendisiyle kurduğu ilişkinin sekteye uğramasının ve doğum uyumunun azalmasının bir nedeni olarak görülmektedir (Başaran, 2005, Beşen & Seller, 2022).

Doğum uyumu yalnızca kişinin kendisiyle ilgili bir kavram olmayıp içinde bulunduğu ortamda başkalarının gereksinimlerine yönelik de göstermesi gereken tutum, eylem ve tepkileri kapsamaktadır. Tepkiler bütünü olan davranış biçimlerinin oluşmasında iç ve dış faktörler oldukça etkilidir. Doğum uyumu ile ilgili iç faktörler, kadının doğuma yönelik tutum ve beklentilerini, sürekli değişen psikolojik davranışlarını ve daha önceki doğum deneyimlerini içermekte iken, dış faktörler kadının içinde bulunduğu fiziksel-çevresel ortamda sergilediği davranışlar üzerine yoğunlaşmaktadır (Başaran, 2005, Gençtan, 2014, Saymer & Çömezoğlu, 2022). Bu davranışlar kadına doğumda verilen destek, sağlık personelinin iletişimi, mahremiyete olan saygı, tıbbi tedavi ve girişimler, doğum ortamının özellikleriyle ilişkilidir (Fenwick, 2005; Handelzalts vd. 2015). İç ve dış faktörler arasında denge kurabilmek ve oluşan dengenin sürekliliğini sağlamak kadının doğum uyumunu sağlıklı gerçekleştirebilmesinin bir ön koşuludur (Gençtan, 2014, Bülbül, 2017; Saymer & Çömezoğlu, 2022).

Doğumda uyum dengesini sağlamak kadın yaşamında uzun vadede olumlu bir etkiye sahiptir. Uyum dinamik bir süreçtir ve uyum dengesini etkileyebilecek pek çok unsur bulunmaktadır. Doğum sırasında kadın özellikle çevresiyle kurduğu etkileşimle iç ve dış faktörlerin üstesinden gelebildiğini ve gereksinimlerinin karşılandığını gördükçe doğumda sağlıklı bir uyum süreci geçirir. Bu durum perineal yırtık, doğum travması gibi müdahaleli durumları azaltıp maternal sağlığın olumlu etkilenmesinde ve doğum sonrası dönemde anne bebek bağlanmasını arttırarak sağlıklı bir yenidoğan süreci geçirilmesinde önemli rol oynar (Demirbaş & Kadioğlu, 2014; Bülbül vd.,

2018). Aksi halde kadın, doğumda kontrolsüzce tepkiler vererek çevresindekileri rahatsız edici davranışlarda bulunur. Örneğin, sık sık ağlar, sürekli şikâyet edip başkalarını suçlar ya da kendisiyle yeterince ilgilenilmediğini düşünüp kendi alışkanlıkları doğrultusunda doğru bildiği yanlışlarda direnir Bilgilendirmeleri reddedip muayenelere ve girişimlere izin vermez. Doğumhane kuralları dışında hareket etme eğilimindedir. Olumsuz duyguların üstesinden gelemeyen ve kendini çoğunlukla yalnız hisseder (Başaran, 1972; Bülbül, 2017). Tüm bunlar doğum sürecini kötü uyum içinde geçirmesine neden olarak kendi istek ve gereksinimlerini çevresiyle uzlaştıramadığının bir göstergesidir.

2.4. Doğum Uyumunu Arttırmada Temel Bileşenlerin Kullanımını

Uyumun temel bileşenleri, kadınların doğum sürecindeki uyum dengesini etkileyen faktörlerin irdelenmesinde kullanılabilecek ögeler arasında yer almaktadır. Doğum uyumu, kadınların doğum eyleminde kendi yetenekleri doğrultusunda kişiliği ile doğum ortamı arasındaki dengeyi kurabilecek ve sürdürebilecek davranışlar içinde bulunmasıdır (Balcıoğlu, 2001; Koç & Karakaya, 2022). Kadının sağlıklı doğum süreci geçirebilmek adına yaptığı tüm davranışlar sağlıklı doğum davranışlarıyla ilişkilidir (Pender & Parsons, 2002; Bilgin vd., 2018).

Doğum davranışları, kadının doğumdaki uyum sürecini belirleyen birçok faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar arasında en sık kadının sosyodemografik, emosyonel özellikleri, doğuma bakış açısı, doğum algısı, kültürel ve çevresel etmeler gelmektedir (Aktaş & Yılar, 2018; Koç & Karakaya, 2022). Özellikle doğumda yaşadıkları korku, endişe gibi emosyonel özellikler doğumda sergiledikleri davranışlarla doğrudan ilişkilidir (Uçar & Gölbaşı, 2015). Literatür de doğum eyleminde her ne kadar nullipar kadınların doğumla ilgili korku düzeyleri multiparlara göre daha yüksek görünse de, multiparların yaşadığı korku nulliparlara göre daha şiddetli olarak bildirilmiştir. Nulliparlarda oluşan doğum korkusu daha çok doğum ortamının ve sürecin bilinmezliği nedeniyle orta düzeyde iken, multiparlar daha önce yaşadıkları doğum deneyimlerinin etkisiyle şiddetli korku düzeyine sahiptirler (Spice vd., 2009; Gün, 2018). Buna bağlı olarak ülkemizde neredeyse her beş kadından ikisi (% 38) zorunlu ve gerekli olmayan isteğe bağlı sezaryen doğumu tercih etmektedir (Bilgin vd., 2018; TNSA, 2018). Dolayısıyla doğum uyum kavramı araştırılırken yalnızca nullipar kadınlar üzerine yoğunlaşmak yerine multipar kadınların da araştırmalara dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Multiparların daha önceki

deneyimlerinin mevcut deneyimini etkilememesi ve olumlu olmasının sağlanması açısından yapılacak araştırmalar oldukça önemlidir. Ayrıca ülkemizde isteğe bağlı sezaryen oranlarının düşürülmesinde öncelikli ve etkin yollardan biri, multipar ve nullipar kadınlara yönelik doğum uyumunu sağlamaya yönelik uygulamaların geliştirilmesidir.

Doğum uyumunun arttırılmasına yönelik uygulamaların geliştirilmesi için öncelikle doğumda kötü uyum gösteren davranışlarını tanımlayabilmek gerekmektedir. Doğum sürecinde kadının uyumsuzluğunun nedeni olan davranışı değiştirmek için, bu davranışın neden ortaya çıktığını ve hangi gereksinim doğrultusunda ortaya koyan gereksinimleri belirlemek gerekir ancak bu tanımlamayı yapmak güç olabilir. Çünkü yapılan davranışların nedeni bazen bilinmez ya da bu davranışlar bilinçaltının bastırdığı gereksinimlerden dolayı ortaya çıkabilir. Bu noktada doğum sürecinde kadının yanında olan ve gereksinimlerini belirleyip ona destek olan kişiler önemli role sahiptir. Doğumda aktif rolü olan ebeler, doğum sürecindeki her kadının gereksinimlerini karşılayabilecek ve yanında olabilecek güvenilir, samimi sağlık profesyonelleridir. (Başaran, 1972, Başaran, 2005; Aktaş & Pasinoğlu, 2016; Bülbül, 2017). Ebelerin bakış açısıyla doğum sürecini değerlendirmek kadının yaşadığı doğum deneyimi ile benzer nitelikte olmayabilir. Bir kadın için doğumda sergilediği davranışlar ebe açısından uyumsuzluğu düşündürürken aynı zamanda kadın için o davranış doğumun normal bir tepkisi olabilir. Bu nedenle doğum uyumu değerlendirilirken hem ebelerin hem de doğum yapan kadınların bakış açılarıyla değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla ebe desteği ile davranışların nedenini anlamak ve gereksinimlerini belirlemek doğuma uyum süreci açısından oldukça önemlidir.

Odent, doğum uyum sağlayabilen bir kadın için olumlu tutum ve davranışlara yönelmenin ya da herhangi bir alışkanlığın üstesinden gelmenin pek uzun sürmeyeceğini bildirmektedir (Odent, 2001). Kadınların içgüdüsel güçlerini özgüvenleri ile birleştirerek, bilimsel veriler ışığında davranışlar sergilemesi ve doğumda üstüne düşen sorumluluklarının bilincinde olması ve onları yerine getirmesi doğum uyumu açısından oldukça önemlidir.

Tüm bunlar doğrultusunda uyumun temel bileşenleri olan, gerçekçilik, yüklenme ve kendini kabul etme unsurları doğum uyumunda etkin ve uygun belirleyiciler olarak düşünülmektedir. Doğum uyumunu arttırmada temel bileşenlerin

kullanılması doğumun karmaşıklığını azaltarak kadının bu süreçteki tepkilerinin kontrollü olmasına ve çevresindekilerle sağlıklı ilişkiler kurmasına katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda uyumun temel bileşenlerine odaklanarak doğum uyumuna yönelik çalışmaların arttırılması gerekmektedir. Literatürde bu yönde yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak doğum uyumu ile ilişkili olabileceği düşünülen doğum algısı, doğum memnuniyeti, doğum duygulanımı, doğum deneyimi gibi pek çok konuya rastlamak mümkündür (Karaçam & Akyüz, 2011; Özkaraman vd., 2012; Coşar & Demirci, 2012; Sert vd., 2014; Kızılırmak & Başer, 2016; Öztürk vd., 2018; Khamehchian vd., 2020; Beşen & Seller, 2022.). Uyumun temel bileşenleri doğrultusunda doğum uyumu ile ilgili çalışmaların arttırılması hem doğum hizmetleri hem de anne bebek sağlığı hizmetleri açısından doğum sürecine büyük katkı sağlayacaktır.

2.4.1. Gerçekçilik

Uyum sürecinin ilk unsuru olan gerçekçilik, anne adayının doğum sürecinde gerçek (bilimsel) verileri kullanarak tepkilerini kontrol edebilme becerisidir. Anne adayının doğum sürecindeki ilk amacı, doğum eylemini sağlıklı bir şekilde tamamlayarak bebeğine kavuşmaktır. Bu doğrultuda oluşabilecek risklerin farkındadır ve tepkilerini ona göre kontrollü olacak şekilde vermektedir (Başaran, 2005; Bülbül, 2017; Sayiner & Çömezoğlu, 2022)

Doğum uyum dengesinin bozulması gerçekçiliğin yitilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu durumda kadın doğum sürecini etkileyen gerçek bilgileri kullanmayı reddeder ve mücadele etme gücü zayıftır. Yanlış bildiği kendi doğrularını kullanmakta direnerek gerçekçilikten uzaklaşır. Sürekli bir kaygı ve korku içindedir. Doğumun ilerlemesine yönelik yapılan muayene ve girişimlere izin vermeyip doğuma yardımcı olan kişilerin komutlarına uymazlar (Başaran, 2005; Bülbül, 2017).

Sağlıklı bir normal doğum süreci, kadının iç güdüsel güçlerini kullanarak dış faktörleri kontrol altında almasıyla tamamlanır. Uyumun gerçekçilik bilişeni doğrultusunda anne adayının doğumda gösterdiği davranışlar sağlıklı doğum uyumunun bir göstergesidir. Sağlıklı bir doğum uyum süreci geçirmek hem anne bebek sağlığını olumlu etkilemekte hem de normal doğuma tıbbi gerek olmadıkça müdahale edilmesini engellemektedir (Lothian, 2014; Çelik, 2019).

2.4.2. Yüklenme

Günümüzde modern dünya ve gelişen teknolojiyle birlikte cerrahi bir operasyon olan sezaryen girişimi normal bir süreç olarak görülmeye balanmış ve anne adaylarının doğum şekli tercihlerinde vazgeçilmez bir alternatif haline gelmiştir. Kadın yaşamında normal doğum süreci, en özel ve keyif verici bir deneyim olarak görülmesi gerekirken, korku ve endişe yaratan doğum beklentisi haline dnmtir (Rathfisch, 2012; Bal, Yılmaz vd., 2013; Uçar & Gölbaşı, 2015). Bunun en önemli nedenlerinden biri kadının doğumda kendisine güvenmeyip bedeni ve bebeği ile ilgili sorumlulukları almaktan kaçmasıdır (Bayram & ahin, 2010).

Doğumda kadının karılatığı sorunları çözmek için sorumluluk alması ve gereken eylemleri yapmayı üstlenmesi uyumun temel bilienleri arasında yer alan yüklenme unsuru ile ilişkilidir. Yüklenme, bir amaca doğru yol alırken karılaacak olan potansiyel tehlikelerin farkında olma ve tehlikelerle mücadele etmeyi göze almaktır. Bu süreçte yüklenme unsuru ile ilişkili olarak kadının doğum uyumu, doğumu baştan kabul edip i güdüsel gücün farkında olarak zorluklarla mücadeleden vazgeçmeyip ba etme yöntemlerini kullanması ve ağrıyı kendi sorumluluğunda yönetip kontrolünü kaybetmeden sabırlı şekilde uyumlu davranışlar sergilemesidir. Yüklenme bileşeninin gerçekleşmesi, sağlıklı ve uyumlu doğum sürecini tamamlamanın en önemli unsurlarından biridir (Başaran, 2005, Rathfisch, 2012; Kömürcü 2014).

2.4.3. Kendini kabul etme

Doğum yalnızca fizyolojik bir süreç olmayıp zihinsel, duygusal ve ruhsal değişimleri de kapsamaktadır. Annenin bebeğine sağlıkla kavuup doğum sürecinin tamamlanması bir doğum baarısıdır ve kadının doğum anındaki uyum süreci ile ilişkilidir. zbenimseme ya da zgven olarak nitelendirilen kendini kabul etme uyum bileşeni, doğum başarısının en önemli özelliğidir (Bülbül, 2017; Başaran, 2005).

Kendini kabul etme, kadının kendini değerli hissetmesine ilişkin yargısı olarak ifade edilmektedir (Bandura, 1997). Doğumun keyif veren bir deneyim olmasının psikolojik n koşulu kadının kendine olan güven duygusudur (Kaya & Tatan 2020). Özgüveni sayesinde kadın i güdüsel gücünün farkına varır ve kendisine yönelik olumlu düşünceler geliştirerek çevresindekilerle ve kendisiyle uyum çabası içine girmektedir (Akagündüz, 2006). Sınırları çerçevesinde zayıf ve kusurlu yönlerinin

farkındadır ve benlik duygusunu koruyarak doğumdaki zorlukların üstesinden kendisine ve bedenine güvenerek geleceğini bilmektedir.

Kadının iç güdüsel güçleri onu doğum sürecinde yönlendirmektedir. Kadın, kendine güveni ve yeteneği sayesinde doğum yapabilme özgürlüğüne sahiptir (Kömürcü, 2005). Özgüven duygusu, kadını doğumda ne erişemeyeceği bir mükemmelliğe sürükler ne de gereksiz yere kendini beğenmişlik içine düşürür (Başaran, 2005). Ancak ona yardım eden kişi ya da çevresel faktörler nedeniyle bu süreç etkilenebilir (Kömürcü, 2005). Eğer ki kadın kendi yeterlilikleri ve güveni doğrultusunda doğum sürecine etki eden faktörleri çevresel koşullara uygun şekilde birleştirebilirse karşılaştığı engelleri ortadan kaldırarak uyumsuz davranışlar sergilemez. Ancak özgüven, öz benimseme ya da kendini kabul etme sürecinde yetersizlikler yaşayan kadın doğumda da kötü uyum özellikleri gösterebilir. Örneğin, içsel bir çatışmaya girerek bağırma, çılgılık atma, eleştirme, alay etme iğneleme, vurma gibi agresif davranışlar sergileyebilir. Bazı durumlarda saldırma mekanizmalarını kullanarak çevresindekileri rahatsız eder ve panik olurlar. Mükemmeliyetçilik duygusu ile hata yapmamaya odaklandıkları için herhangi bir olumsuz durumda enerjileri çabuk düşer, yorgunluk, halsizlik, stres ve kaygı düzeyleri artar. Doğum sürecinde yalnız olduklarını düşünerek, çevresindekilerin onunla ilgilenmediklerini ve bu nedenle doğum sürecinin tamamlanmadığı fikrine kapılırlar. Aynı zamanda kendisine destek olan kişileri bu süreçten sorumlu tutarak onlara eleştirel ve suçlayıcı şekilde davranırlar (Humphreys, 2002; Çelik vd., 2017; Başaran, 2005)

Yeterli seviyede kendini kabul eden kadın, gerçeklere dayanarak çevresiyle etkileşimde yüklenme bileşeni doğrultusunda sorun çözme ve doğumu başarıyla tamamlama eğilimindedir. Davranışlarını, gereksinimlerini karşılamaya yönelik çevresiyle uyum içerisinde sergilemeye çalışır (Başaran, 2005; Kömürcü, 2005). Değiştiremeyeceği koşulları kabul ederken değiştirebileceği koşullar var ise gerçek bilgileri kullanarak cesaret göstererek uyum çabası içerisindeydir. Huzurludur, mutludur ve çevresindekileri de mutlu ederler (Kömürcü, 2005; Kaya & Taştan, 2020).

2.5. Doğum Uyumunu Etkileyen Faktörler

Doğum süreci, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok faktörü kapsayan çok yönlü ve oldukça komplike bir yaşam olayıdır. Kaliteli bir doğum hizmeti sunmak ve hizmet standartlarını en üst düzeye çıkarmak için kadının doğum sürecindeki istek

ve gereksinimlerini çevresiyle uzlaştıracak becerisini ortaya çıkarmak anne bebek sağlığı açısından önemli bir gerekliliktir (Renfrew vd., 2014).

Uyumun temel esasları arasında bireyin düşünce ve davranışlarını kontrol altında tutması ve çevresindekilere zarar vermeden iyi bir etkileşim kurması yer almaktadır. Uyum, kişinin kendisiyle ve çevresiyle çift taraflı etkileşim kurduğu taktirde sağlıklı şekilde sürdürülebilmektedir. Doğum esnasında gebenin kendisiyle ve çevresiyle bütüncül ilişki içinde olması sağlıklı doğum uyum süreci geçirmenin en önemli koşuludur. Doğumda özellikle kontrol edilemeyen amblivan duygular, stres, baskı ya da bilinmezlik gibi etkenler kadının doğumdaki uyum becerisini zorlaştırabilir. Dolayısıyla kadının doğum sürecinde uyumu yakalayabilmesindeki ön koşul, kendinde ve etrafında meydana gelen psikososyal, çevresel ve davranışsal değişikliklere olumlu yanıt verebilmesidir. Aksi taktirde agresif, sert, kendine ve etrafına zarar verici davranışlar oluşturarak doğum sürecinin uzamasına, ağrıyla mücadele gücünün azalmasına veya doğumda olağandışı durum gelişmesine açık hale gelmekte ve doğuma müdahale gereksinimi artmaktadır. Kadının doğum sürecindeki davranışları ne kadar kontrollü ve bütüncül olursa doğumun o kadar uyumlu olacağı bir gerçektir. Bu bağlamda doğum uyumuna etki edebilecek faktörlerin ele alınması doğumun sağlıklı şekilde ilerleyebilmesi açısından oldukça önemlidir. (Çelik, 2019; Sayiner & Çömezoğlu, 2022).

Kadınların doğum sürecinin doğal ve keyif veren bir deneyim haline dönüşebilmesi için sağlıklı doğum sürecine katkıda bulunan temel unsurlar literatür ışığında tanımlanarak aşağıda yer verilmiştir.

2.5.1. Doğum ortamı

Kadının doğum sürecinde iç ve dış uyaranlara karşı mücadele etmesinde ve iç güdüsel gücünü ortaya koymasında önemli etkenlerden biri çevredir. Doğum eyleminde çevre, doğumhane ortamını temsil etmektedir (Öztürk vd., 2018). Doğumhane ortamının kadında bıraktığı etki ve kendi benliği arasında kurduğu etkileşim, doğumhanede gösterdiği davranışlarıyla doğrudan ilişkilidir. Doğum uyumunun değerlendirilmesinde öncelikle kadının doğum davranışlarının irdelenmesi gerekmektedir. Sergilenen davranışlar, doğum uyumunun sağlıklı olup olmadığı ile ilgili önemli göstergeler arasında yer almaktadır (Başaran, 2005; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Sayiner & Çömezoğlu, 2022).

Doğum süreci başladığı andan itibaren duygusal açıdan hassas olan kadın doğumhane ortamına girdiği ilk andan itibaren çevresini incelemeye başlar ve kendi sağlığını tehdit edici unsurların varlığı-yokluğu ile ilgili analizler yapar. Kendini güvende hissetmek ve konforlu bir bakım almak için doğumhane ortamını keşfetmeye çalışır. Yapılan bir çalışmada doğumhaneyi önceden tanıyan kadınların doğum sürecinin daha sağlıklı ilerlediği bildirilmiştir (Tok & Sakallıoğlu, 2021).

Gebenin doğum ortamında emosyonel açıdan rahat olması ve kendini güvende hissetmesi doğumda sergilediği davranışları doğrudan etkilemektedir (Coşar & Demirci, 2012). Duyguların kontrollü şekilde davranışlara dönüşmesi sağlıklı bir doğum uyum süreci geçirebilmesi açısından oldukça önemlidir (Çelik, 2019, Sayiner & Çömezoğlu, 2022). Dolayısıyla doğum uyumunu kolaylaştırmak için doğumhanelerde kadının gereksinimlerini karşılayacak şekilde güven veren bir ortam oluşturmak gerekir. Güven veren bir ortam kadının kendini yabancı bir ortamdaymış gibi hissetmek yerine doğal sürecin bir parçası olarak görmesine fırsat vermektedir. Ayrıca keyifli bir doğum süreci yaşamasında ve kendi sorumluluklarını yerine getirerek doğumda uyumlu davranışlar sergilemesinde etkin rol oynamaktadır (Nilsson, 2014).

Doğumhane ortamı sadece bir fiziksel mekân değil, aynı zamanda kadının tepki ve davranışlarının şekillendiği ve gebenin çevresindeki insanlarla etkileşime girip düşüncelerine anlam kattığı bir mekândır. Casey, ortamın beden üzerindeki etkisini araştırmış olup, içinde bulunduğumuz mekanların beden ve ruhta iz bıraktığını savunmuştur. Casey'e göre beden, ortam ile benlik arasındaki bir araçtır ve bir alanda belirli süre bulunduktan sonra ya da orada özel bir deneyim geçirildiyse o alan beden üzerinde olumlu veya olumsuz etki bırakmaktadır (Casey, 2001, s. 683-693). Tıpkı kadın yaşamında doğumun eşsiz deneyim haline dönüşmesinde doğum ortamının bıraktığı etki gibi, doğum ortamı kadınlar arasında sürekli bahsedilen bir konu olarak aktarılmaktadır.

İdeal bir doğum ortamını etkileyen unsurlar arasında temiz bir oda, gebenin bulunduğu ortamda özgürce dolaşabilmesi ve çevresindekiler tarafından göz ardı edilmemesi yer almaktadır Bu unsurlar doğrultusunda hazırlanan doğum ortamlarında dikkat edilecek olan diğer hususlar (Newburn & Singh, 2013);

- Doğumhaneye girdiği ilk andan itibaren gebeye ortam tanıtılmalı.

- Gebenin mahremiyetini koruyup sürdürmesine yönelik imkanlar sağlanmalı,
- Odalarda tek kişilik banyo ve tuvaletler bulundurulmalı,
- Odada kişisel eşyalarını koyabileceği bir alan olmalı,
- Gebenin istediği kişinin refakat etmesine izin verilmeli,
- Gebe doğum sürecindeyken ailesinin rahatça bekleyebileceği bir ortam sağlanmalı,
- Odalarda ısı ve ışık kontrol edilebilmeli,
- Odanın içerisinde tablo, biblo, yapay bitki gibi kadının odaklanmasını kolaylaştıracak eşyalar bulundurulmalı,
- Acil durumlarda kullanılacak olan ekipmanlar saklı şekilde hazırda bulundurulmalı,
- Sessiz, sakin ve loş bir ortam oluşturulmalı,
- Doğumda takibini yaptığı ebesine erişimi kolay olmalıdır.

Tüm bunlar kadının çevresel uyum dengesinin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Kadın doğum ortamında vakit geçirdikçe ve kendini güvende, rahat hissetmesine olanak tanındıkça uyumlu davranışlar sergileyeceği öngörülmektedir. Sağlıklı ve keyifli bir doğum süreci için doğum ortamında buna yönelik düzenlemeler bir gerekliliktir.

Literatürde doğum ortamının kadının doğum deneyimine etkisini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; Jenkinson vd., (2014) tarafından yapılan çalışmada güvenli ve sakinleştirici şekilde tasarlanan doğum ortamlarının kadında kişisel kontrol duygusu sağlanmasında ve doğum fizyolojisinin kolaylaştırılmasında etkili bir faktör olduğu bildirilmiştir. Ayrıca kadının güvenli ve tatmin edici doğum deneyimi yaşaması, kendini rahat ve güvende hisseden bir doğum ortamında bulunmasıyla ilişkilendirilmiştir (Jenkinson vd., 2014). Hodnett (2002) tarafından yapılan çalışmada ise, ev ortamına benzer doğum merkezlerinin doğum memnuniyetini arttırdığı, epidural analjezi kullanımını azalttığı, emzirmenin başlaması ve sürdürülmesinde etkili olduğu ve yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki yatışların azaldığı rapor edilmiştir. Başka bir çalışmada gebeler müdahale ve kontrol gruplarına ayrılarak müdahale grubundaki gebelerin doğumhane ortamları sessiz, sakin, ılık, loş olacak

şekilde düzenlenmiş, izlem ve doğumların tek ebe ve hekim tarafından takip edilmesi sağlanmış ve doğum odasına giriş çıkışlar sınırlandırılmış iken kontrol grubundaki gebeler için doğum ortamlarında herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Bunun sonucunda doğumhane ortamı ve koşullarında yapılan değişikliklerde gebelerin daha az doğum ağrısı algıladıkları belirlenmiştir (Yazgan, 2014). Ağrı hissinin kişinin uyum dengesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Okanlı & Yılmaz Karabulutlu 2011). Dolayısıyla bu gebelerin daha uyumlu bir doğum süreci geçirdikleri düşünülmektedir.

Ülkemizde çoğu doğum merkezinin doğumhanesinde ev ortamına benzeyecek şekilde düzenlemeler yapılmış ve bu düzenlemelerde anne bebek sağlığını korumak amacıyla annenin kendini rahat ve güvende hissetmesi esas alınmıştır. Ayrıca 2011 yılında başlayan ve Türkiye’de sayısı giderek artan “Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Programı” ile birlikte anne sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve kaliteli bir doğum hizmeti sunmak hedeflenmiştir. Bu doğrultuda özellikle doğum odalarında yeni gelişmeler yaşanmıştır. Travay, doğum ve postpartum takip odalarının tek bir kişi tarafından takip edilmesi, gebenin hareket özgürlüğünü kısıtlamayan ve mahremiyetine dayalı oda düzenlemeleri, travay ve doğum odalarına anne isteğine göre bir yakının alınması, postpartum dönemde anne ve bebeğin birlikte kalması yapılan uygulamalar arasında yer almaktadır (Öztürk vd., 2018; Sağlık Bakanlığı, 2018). Ayrıca birçok hastanede doğum odalarında çeşitli fiziki değişiklikler yapılmıştır. Kalıplaşmış korku ve kaygı ile ilişkilendirilen hastane odalarındaki beyaz duvarlar beyaz yataklar ve metal yüzeyler yerine kadının sakin ve huzurlu hissetmesini sağlayan, kendilerini özel hissettiren renkli duvarlar, doğum masasına dönüştürülebilen yataklar tasarlanmıştır (Akın & Yücel, 2020; Foureur vd. 2010; Adams, 2016). Bu düzenlemeler kadının doğum ortamında kendini güvende hissetmesini sağlayarak doğum sırasında kontrolünü kaybetmemesi, doğumu kolaylaştırıcı etmenlere odaklanabilmesi ve kendi sorumluluğunda doğumu yönetebilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Karlström, 2015; Foureur vd., 2010).

Son yıllarda doğumhane koşulları birçok bakım modeline göre olumlu değişiklikler gösterse de yapılan uygulamalar henüz sadece “Anne Dostu Hastane” unvanı alan hastaneler ile sınırlıdır. Doğumhane ortamı halen kadınlar için stres düzeyini arttıran korku dolu klinik ortam olarak bilinmektedir (Foureur vd., 2010) Oysaki doğum kadınlar için çok özel bir deneyimdir ve bu deneyimin en iyi fiziksel ortamda sevgiyle yaşanması gerekmektedir (Odent, 2014). Kadının doğumhane

ortamında kendini baskı altında hissetmesi, ortama yabancılık çekmesi, ortamın özelliklerini bilmemesi doğum uyumunun etkilemekte ve müdahaleli doğumlara yol açabilmektedir. Müdahale edilmiş bir doğum eylemi, vücuttaki katekolamin seviyesini yükselterek normal doğumun seyrini değiştirebilmekte ve doğumu yavaşlayıp durmasına neden olabilmektedir (Lothian, 2004). Dolayısıyla normal doğum süreci kadınlar için doğumhane ortamından kaynaklı olarak korkunç bir deneyim haline dönüşebilmektedir. Kadın için tatmin edici olmayan bir doğum deneyimi; travma ve doğum sonrası duygudurum bozuklukları açısından büyük risk taşımakta olup zor geçen bir doğum uyum süreci ile sonuçlanabilmektedir (Bolsoy vd., 2019). Oysa ki doğumhane ortamında kendini rahat ve güvende hisseden kadınların doğum süreçlerinde sorumluluk alma, doğuma aktif katılım sağlama, doğumdan memnuniyet duyma gibi durumların doğum anında daha fazla görüldüğü ve buna bağlı olarak normal doğumun akışında bir yol izlendiği bildirilmiştir (Yazgan, 2014). Tüm bunlar doğumhane ortamının gebelerin pozitif doğum deneyimi yaşamaları için kritik önem taşıdığının göstergesidir (Adams, 2008).

2.5.2. Doğum korkusu

Doğum fizyolojik bir olay iken doğum korkusu, kadının doğumdaki fizyolojik sürecini bozan ve doğumun olumsuz bir döngüye girmesine neden faktörlerden biridir. Korku, doğum sürecinde sempatik sinir sistemini etkileyerek katekolaminlerin (adrenalin ve noradrenalin) seviyesini arttırmaktadır. Katekolaminlerin aşırı yüksekliği bir stres göstergesidir. Vücut stres karşısında kendini savunmaya hazırlayacak şekilde tepki gösterir; nabız ve solunum artar, büyük damarlar kontrakte olur ve organlara giden kan akımı azalır. Dolayısıyla uterusu giden kan akımı da azalır ve oksijen seviyesi düşer. Doğumda uterus kaslarının çalışması için çok fazla kan ve oksijene ihtiyaç vardır. Ancak korkunun etkisiyle uterusu azalan kan ve oksijen seviyesi, serviksin yumuşamasını engelleyerek sürekli sert ve gergin bir yapıda kalmasına neden olmaktadır (Serçekuş, 2011) Bu durum doğum eyleminin uzamasına yol açarak fetüsü strese sokabilir ve doğuma müdahale etmeyi gerektirebilir. Aynı zamanda kadının kontraksiyonları daha şiddetli hissetmesine neden olarak kendini doğumda yetersiz olarak algılamalarına sebep olmaktadır. (Özen Gün & Ege, 2022; Barut & Uçar, 2018; Alessandra & Roberta, 2013; Uçar & Gölbaşı, 2015). Dolayısıyla doğum uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri doğum korkusu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlıklı bir doğum süreci geçirmek her kadının hakkıdır. Ancak kadınlar doğum korkusu nedeniyle eşsiz ve özel bir an olan doğum sürecini daha çok olumsuz bir deneyim olarak nitelendirmektedirler (Puşuroğlu & Hacıoğlu, 2021; Çetin Avcı, Işık, Egelioglu Çetişli, 2023). Kadın doğumdan ne kadar çok korkarsa kendini o kadar çok çaresiz, yalnız ve savunmasız hisseder, kontrolünü kaybeder ve uyumsuz davranışlar sergilemeye başlar. Doğum onun için hatırlamak istemeyeceği olumsuz bir deneyim haline dönüşür (Jenkinson, Josey & Kruske vd., 2014; Yıldız, 2019).

Yapılan çalışmalar doğum korkusu yaşayan kadınların çoğunun ağrısı daha çok hissettiklerini, ikinci ve üçüncü doğum evrelerinin daha uzun sürdüğünü, özgüvenlerinin yetersiz olduğunu ve dolayısıyla kendisine ve çevresine zarar verici davranışları daha sık sergilendiklerini bildirmektedir. (Aydın Beşer & Seller Datlıcı, 2022; Özen Gün & Ege, 2022; Barut & Uçar, 2018; Alessandra & Roberta, 2013; Adams vd., 2012; Saisto vd., 2001). Uyumsuz davranışlar, özgüven eksikliği, yalnızlık ve çaresizlik hisleri, sorumluluk dışı tepkiler ve yanlış bildiğini uygulama konusunda direnmeyle doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla şiddetli doğum korkusu yaşayan kadından uyumlu davranışlar sergilemesi beklenemez. Genellikle kadının doğumdaki davranışları, korku etkisiyle öfke nöbetleri, paranoid düşünceler, dalgınlık, huzursuzluk, çılgılık atma, ağlama şeklinde kendini göstermektedir (Puşuroğlu & Hacıoğlu, 2021).

Doğum korkusunun nedenleri arasında pek çok faktör yer almaktadır. En sık görülen doğum korkusu nedenleri arasında doğum ortamının bilinmezliği, bilinmeyen ortamda yalnız kalma düşüncesi, kendisine ve bebeğine zarar gelecek endişesi, yetersiz özgüven, önceki olumsuz doğum deneyimleri, acı çekme düşüncesi, doğum sırasında müdahale edilme korkusu, kontrol kaybı, sağlık personeline güvensizlik, doğumun nasıl olacağıyla ilgili bilgi yetersizliği yer almaktadır (Gökçek, 2022; Özen Gün & Ege, 2022; Alessandra & Roberta, 2013; Paica vd. 2021; Uçar & Gölbaşı 2015; Duran & Atan, 2011; Erikson vd., 2006; İşbir vd., 2006). Doğum korkusu primipar ve multipar gebeler arasında farklılık göstermektedir (Özen Gün & Ege, 2022). Primipar gebeler doğumun daha çok nasıl gerçekleşeceğine dair endişe duyarken, multiparlar doğumun neler getireceği yönünde bir korku yaşamaktadırlar (Taşkın, 2017). Yapılan çalışmalar primiparların multiparlara göre daha fazla korku yaşadıklarını bildirir de multiparların duydukları korkunun şiddeti nulliparlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Nulliparlarda oluşan doğum korkusu daha çok doğum ortamının ve

sürecin bilinmezliği nedeniyle orta düzeyde ortaya çıkarken, multiparlar daha önce yaşadıkları doğum deneyimlerinin etkisiyle şiddetli korku düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Spice vd., 2009; Nieminen vd., 2009; Størksen vd., 2013; Gün, 2018).

Doğumda sağlıklı bir uyum süreci geçirmenin önünde büyük bir engel olan doğum korkusunun azaltılmasında doğum öncesi eğitim sınıflarının yeri oldukça büyüktür (Mete vd., 2017; Barut & Uçar, 2018; Tok & Sakallıoğlu, 2021; Gökçek, 2022; Gün & Ege, 2022). Literatürde doğum korkusu ile doğum öncesi eğitimler arasındaki ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Doğum öncesi eğitimlerin doğum ortamının ve doğumun bilinmezliğini gidererek doğum korkusunu azalttığı bildirilmiştir (Akın vd., 2018; Yazıcıoğlu & Yavuz, 2022; Bilge vd., 2022). Bunun yanı sıra doğuma uyum sağlamanın önünde kadınların önceki olumsuz doğum deneyimlerinin etkisi olduğu da vurgulanmaktadır (Storksen vd., 2018; Aktaş & Aydın, 2019). Genellikle kadınların şimdiki doğumunda da geçmişte yaşadığı benzer durumları tekrar yaşayacağına dair inançları yüksektir. Kadın önceki doğumunda olumsuz bir deneyim yaşadıysa şimdiki doğumunda onun etkisinde kalabilir ve doğum ortamına, sağlık personellerine ya da doğum sürecin karşı davranışlarında olumsuz önyargılar içerebilir (Melender, 2002; Barut & Uçar, 2018). Dolayısıyla doğumhaneye başvurdıkları zamandan itibaren istemsiz önyargıları şimdiki doğumlarında uyum sorunları yaşamalarının nedeni olabilir. Bu bağlamda multipar kadınların doğum öncesi dönemlerinde ve doğum süreçlerinde mutlaka önceki doğum deneyimleri göz önünde bulundurulmalı ve eğitim verirken önceki doğumlarına ilişkin önyargıları kırılarak pozitif doğum bilinci oluşturulmalıdır.

2.5.3. Doğum öncesi eğitimler

Doğum sürecinin bilinmezliği, doğum ortamına yönelik korku, endişe gibi duygular doğum öncesi dönemde gebede stres yaratmaktadır (Uçar & Gölbaşı, 2015). Gebenin doğum korkusunu azaltarak onu doğum sürecine ve doğum ortamına en iyi şekilde hazırlamak, doğum öncesi verilen eğitimin amaçlarından biridir. Nitelikli ve kaliteli doğum öncesi eğitim programları sayesinde gebe kadın; doğumun fizyolojisine inanarak her kasılmada bebeğinin yaklaştığını düşünür, uygun nefes egzersizleri yapar, ona yardım etmek isteyen ebe veya hekimin sözlerini yerine getirmek için çaba sarfeder, kendine güvenir, çevresindekilerle olumlu bir iletişim kurmaya çalışır, doğum sonu dönemdeki sorunlarla baş etme gücü artar (Dinç vd., 2014).

Birçok gebe doğumla ilgili korkularının azalması amacıyla doğum öncesi eğitim sınıflarına başvurmaktadır. Gebeler doğum, doğum öncesi ve doğum sonu süreçler hakkında bilgi sahibi olacak şekilde eğitim almayı hedeflemekte ve doğum esnasında kendisi ve çevresiyle kolay uyum sağlayabilecek yöntemleri öğrenmek istemektedir (Başkaya & Sayner, 2018; Çelik, 2019; Tok & Sakallıoğlu, 2021). Her kadın içgüdüsel olarak doğuma hazırdır ancak çoğu farkında değildir. Doğum öncesi eğitimler, kadınların kendilerindeki doğal gücün farkına varmasını sağlayarak ruhsal ve bedensel olarak anne adayını normal doğuma hazırlamayı amaçlamaktadır (Bayram & Şahin vd., 2010). Farklı eğitim metotları kullanılarak doğum öncesi eğitim sınıflarında gebelerin gereksinimleri doğrultusunda eğitimler planlanmakta ve doğuma yönelik baş etme yöntemleri gebeye öğretilmektedir (Kömürcü vd., 2014).

Bir gebenin doğumda en çok merak ettiği ve endişe duyduğu konulardan biri, nasıl bir ortamda doğum yapacağıyla ilgilidir. Doğum ortamı hem primipar hem de multipar gebeler için, beklenmedik bir şeyin her zaman olabileceği ve doğum sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilecek stres ve korku dolu bir mekân olarak görülmektedir (Nilsson, 2014). Yapılan bir çalışmada doğumhane ortamı hakkında ne düşünüyorsunuz sorusu gebelerin yarısının (456 kişi) korkutucu bir ortam olarak yanıt verdiği görülmüştür (Tok & Sakallıoğlu, 2021). Doğum öncesi dönemde doğum yapacağı yer ile ilgili kadının olumsuz düşünceleri, doğum anında önyargılı olmasına neden olur ve bu durum kadının ağrıyla mücadelesini ortama kolay adapte olmasını zorlaştırabilir. Çevresinden gelen eleştirileri ya da kendisiyle ilgili söylemleri yanlış anlamaya açıktır, öğrendiği bilgileri kullanmakta zorlanabilir. Tüm bunlar uyumsuz doğum davranışlarına neden olabilir. Bu nedenle gebelerin doğum öncesi eğitim sınıflarına kadınların mutlaka katılması, doğuma kolay uyum sağlaması ve sağlıklı bir doğum süreci geçirmesi açısından oldukça önemlidir (Başkaya & Sayner, 2018; Aydın Beşer & Seller Datlıcı, 2022; Bayram & Şahin vd., 2010).

Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm” programı çerçevesinde tüm gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum döneme ilişkin bilgi alması ve bilinçli bir doğum gerçekleştirmesine yönelik “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014). Doğum öncesi dönemdeki uygun zaman diliminde gebelere, doğumhane ortamı gezdirilerek, doğumhane ile ilgili merak ettiği ya da endişe duyduğu konular giderilmektedir. Gebeler doğumhanede çalışan sağlık personeller ile tanıştırılarak doğum ortamının bilinmezliğine dair korkuları ortadan kaldırılmaya

çalışılmaktadır. Doğumhanede kişisel kullanım alanları gösterilerek doğum esnasında kullanılacak materyaller hakkında bilgi verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Gebe bilgilendirme sınıfına katılan anne adayının; gebeliğe uyum sağlamasında, annelik rolüne hazırlanmasında, doğum öncesi dönemdeki oluşabilecek riskli durumların farkında olmasına, doğum sonu dönemde kendisinin ve bebeğinin bakımında, postpartum kontrasepsiyon gibi birçok konuda olumlu etki yarattığı bildirilmiştir (Şeker & Sevil, 2006; Coşar & Demirci, 2012; İsbir vd., 2015)

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; İngiltere’de 2022 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların doğumla ilgili kamusal alanda çok sayıda bilgiye erişebilmesine rağmen ciddi boyutta bilgi eksikliklerinin olduğu vurgulanmıştır. Bu bağlamda kadınlar doğum öncesi eğitimlere; kendini doğumda rahat hissetmek, doğuma iyi bir şekilde hazırlanmak ve doğumda rutin müdahaleler hakkında bilgi edinmek amacıyla katılmak istediklerini bildirmişlerdir. Ayrıca kadınlar tarafından doğum öncesi eğitimler ebeveynliğe geçiş sürecinde bir destekleme aracı olarak vurgulanmıştır (Spiby vd., 2022). Ip vd. (2009), doğum öncesi eğitimlere katılan kadınların katılamayanlara göre doğumdaki sorumluluklarını daha fazla yerine getirdiklerini ve kendilerine daha çok güvendiklerini saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise, kadınların doğuma yönelik olumlu bakış açısı kazanmasında ve uyumlu bir doğum süreci geçirmesinde doğum öncesi eğitimlerin etkili olduğu bildirilmiştir (Coşar & Demirci, 2012).

Doğum uyum sağlanmasının önündeki engellerden biri olan doğum korkusunun azaltılması, doğum öncesi eğitimlerle mümkündür. Yapılan birçok çalışmada doğum öncesi eğitimlerin kadınların doğum korkularını azalttığı bildirilmiştir. Kadınlar doğuma yönelik olumsuz duygularının doğum öncesi eğitimlerle üstesinden gelebildiği görülmüştür. Ayrıca doğum öncesi eğitimlere katılan kadınların katılmayanlara göre doğumun doğal bir süreç olduğuna ve doğumun fizyolojisine inandıklarına dair düşüncelerinin yaygınlaştığı belirtilmiştir (Vogels Broeke, 2022; Hassanzadeh vd., 2022; Dwiarini vd., 2022).

Bu kapsamda doğum öncesi eğitim sınıfları, gebelerin sağlıklı doğum süreci geçirmesini etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır ve gebeler için bir fırsat niteliğindedir. (Kömürcü vd., 2014; Başkaya & Sayiner, 2018; Aydın Beşer & Seller Datlıcı, 2022).

2.5.4. Ebe ile gebe ilişkisi

Doğum esnasında kadın, sadece bebek için değil kendisi ve toplum açısından oldukça önemlidir. Kadının doğum sürecini tatmin edici, özel bir deneyim haline getirmek ve doğumda kadına değerli bir insan olarak saygı göstermek hem kadının hem de toplumun güçlenmesi adına bir gerekliliktir (Darra, 2009).

Doğum sürecindeki kadın yanında her zaman bir başka kişinin desteğini istemektedir (Kaçar & Yazıcı, 2020). Her kadın için doğum sürecinde *sürekli destekleyici bakım* almak bir haktır (Kinney vd., 2016). Sürekli destekleyici bakım anne ve yenidoğan sağlığı açısından pek çok faydası olan çok önemli bir konudur (WHO, 2018). Özellikle doğumun birinci evresindeki ağrı şiddetinin azalmasında, doğumun tamamlanma süresinin uzamamasında, yenidoğanın yeni ortama daha kolay adapte olmasında, gebenin daha az postpartum problemle karşılaşmasında en etkili yollardan biridir (Bohren vd., 2017; Isbir & Serçekus, 2017). Aynı zamanda gebelerin doğumda özgüven ve benlik saygısını geliştirmesinde ve obstetrik müdahalelerin azaltılmasında büyük rol oynamaktadır. Ayrıca kadınların doğum deneyimlerinin memnuniyet ile ilişkisinin incelendiği sistematik bir çalışmada, sürekli doğum desteğinin memnuniyet üzerinde de olumlu katkı sağladığı ortaya konmuştur (Hodnett, 2002). Aksi halde, doğumda sürekli desteğin olmaması, gebelerin doğum sürecinde uyum sorunuyla daha sık karşılaşmasına neden olarak pozitif doğum deneyimi yaşanmasına engel olacaktır (Bohren vd., 2017). Bunun yanı sıra yapılan çalışmaların çoğu; sürekli doğum desteğinin normal doğum sıklığını arttırmada ve sezaryen oranının azalmasında etkili bir yol olduğunu göstermektedir (Hodnett vd. 2013; Bohren vd., 2017; Serçekus, 2017; Aslan ve Okumuş, 2017; Kaçar & Yazıcı, 2020). Dolayısıyla kadına sürekli doğum desteği sağlamak istisnadan ziyade ülke politikaları arasında bir norm olarak yer almalıdır (Hodnett vd., 2013).

Ebeler sağlık profesyonelleri arasında kadının en yakın ve sürekli doğum destekçisidir. Ülkemizde ebelik, topluma faydası olan en güvenilir kutsal meslekler arasında yer almaktadır. Fertilizasyon dönemini dikkate alarak gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadının yanında olma, sürekli bakım desteği sağlama, danışmanlık gibi rolleri ebelerin birincil görev ve sorumlulukları arasındadır. Ayrıca ebelik gebelerin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasında ve intrapartum bakım kalitesini artırarak ülke maliyetinin düşmesinde büyük rol oynamaktadır (Korkut & Kaya, 2019; Kaçar & Yazıcı, 2020; Small, 2022). Kaliteli

ebelik bakımı, güvenli doğum bakımı sistemlerinin önemli bir bileşenidir. Yapılan bir çalışmada doğumda bakım verenden alınan destek ile doğumda memnuniyet düzeyi incelenmiş ve bakım verenden alınan desteğin yüksek düzeyde olmasıyla memnuniyet arasında bir ilişki olduğu, bakım veren ile gebe arasındaki kaliteli bir ilişkinin doğum memnuniyetini doğrudan etkilediği ortaya konmuştur (Hodnett, 2002). Bu doğrultuda ebelik, doğumda memnuniyetin ve konforun artmasında rol alan en profesyonel meslek grubu olarak görülmektedir (Bohren vd., 2017, Kaçar & Yazıcı 2020). Aynı zamanda ebelik çiftlerin doğum şekli ve tercihi konusunda karar verme sürecini kolaylaştıran ve kadınları normal doğuma teşvik ederek sezaryen doğum yapma eğilimlerini azaltan bir meslektir (Uzun & Dağ, 2019).

İktisadi İş Birliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) ülkeleri arasında Türkiye, normal doğum oranı en düşük olan ikinci ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde sezaryen oranlarının bu denli yüksek olması (%52) ebeliğe yeterince önem verilmemesi, yasal sorumluluklarının olmamasıyla ve bağımsız rollerinin kısıtlı olmasıyla ilişkilendirilmektedir (TNSA, 2018; Korkut & Kaya, 2019). Yapılan çalışmalar, gebelik ve doğumu ebelerin yönettiği ülkelerde sezaryen oranlarının daha düşük düzeyde olduğu ve sezaryen oranının azaltılmasında ebelerin varlığının çok önemli bir etki gösterdiği bildirilmiştir (Korkut & Kaya, 2019; Okumuş, 2016). Evde doğumların yüksek düzeyde olduğu ve bağımsız ebelik rolleriyle bilinen Hollanda’da ebeler, klinik ortamda bakım kalitesini iyileştiren, endikasyonu olan bir hastanın fizyolojik yaklaşımını koruyarak bakım ve destek sağlayan lider profesyonel olarak görülmektedir (Wiegers & Hukkelhoven, 2010). Buna bağlı olarak Hollanda sezaryen oranı düşük OECD ülkeleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (OECD, 2021).

Ebeler, gebeler üzerindeki etkilerinin ne kadar güçlü olduğunun farkındadır ve doğum sürecini başarılı şekilde yürütürken mesleki bilgi ve becerileri sayesinde gebelerin kendilerini iyi hissetmelerinde ve kesintisiz ve profesyonel destek almalarında büyük rol oynamaktadır. Ebeler kendilerindeki bu gücün farkında iken gebelerde ebelerin bu gücünün farkındadır (Darra, 2009). Nilsson vd. (2013), ilk defa doğum yapan kadınların doğum deneyimleri üzerine yaptıkları çalışmada, kadınların en çok ebe yaklaşımlarından etkilendikleri belirtilmiştir. Destekleyici bir ebelik bakımının kadının kendisine duyduğu güveni geliştirdiği ve memnuniyet düzeyini bu doğrultuda arttığı vurgulanmıştır. Aynı çalışmada bu kadınların doğum algısının ebelerin kadın merkezli sakin ve güvenilir yaklaşımlarıyla da bağlantılı

olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada da benzer şekilde kadınların doğumdaki davranışlarının uyumlu olup olmamasında ya da kendinden emin olmalarında ebelerden duydukları övgü ve teşvik edici sözlerin etkili olduğu, empati yapan ve kendisine saygı gösteren ebelerden alınan destek ile daha kolay ağrıyla başa çıkabildiklerini ifade etmişlerdir (Bryanton vd., 1994). Başka bir çalışmada, ebe ile gebe ilişkisinin doğum sürecindeki etkisinin önemi vurgulanarak, ebesinden kötü muamele gören bir gebenin, doğuma yönelik motivasyonunu kaybettiği, benlik saygısının azaldığı ve olumsuz duygularla mücadele etmekte zorlandığı belirlenmiştir (Mousa & Turingan, 2019).

Literatürde yapılan çalışmaların çoğu gebelerin ebelerden çok etkilendiği, donanımlı ve iyi iletişim becerisine sahip olan ebelerden alınan bakım ve sürekli destek ile sağlıklı doğum davranışları sergiledikleri ve olumlu deneyimler içinde doğum sürecini tamamladıklarını göstermektedir (Bryanton vd., 1994; Melender, 2002, Hommond, 2013; Mousa & Turingan, 2019; Sökmen vd., 2021; Nilsson vd., 2013). Tüm bunlar ebelerin bağımsız rolleriyle doğum sürecini doğrudan etkilediğinin bir göstergesidir. Dolayısıyla doğumun başarılı şekilde yönetilmesinde, sağlıklı bir doğum uyum süreci geçirilmesinde ve vajinal doğum oranının artırılmasında gebenin doğumda takibini yaptığı ebesiyle kurduğu ilişki büyük önem taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıklarını hem kendi bakış açısıyla hem de doğumu takip eden ebeğin bakış açısıyla değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum uyumuna ve normal doğuma ilişkin inançlarına etkisini değerlendirmektir.

Bu amaca yönelik araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada “Doğum Uyum Ölçeği” geliştirilmiş ve geçerlilik güvenirlik analizleri yapılmıştır. İkinci aşamada ise, gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum uyumuna etkisi değerlendirilmiştir.

Bu çerçevede araştırma hipotezleri aşağıda belirtildiği şekilde oluşmaktadır;

H₁: Sanal doğumhane ziyaretinin primipar gebelerin kendi bakış açısına göre doğum uyumları üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₂: Sanal doğumhane ziyaretinin primipar gebelerin ebesinin bakış açısına göre doğum uyumları üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₃: Primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin ebe-gebe ilişkisi uyumu üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₄: Primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum ortamına uyumu üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₅: Sanal doğumhane ziyaretinin primipar gebelerin normal doğuma ilişkin inançları üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₆: Primipar gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarıyla kendi bakış açılarına göre olan doğum uyumları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır.

H₇: Primipar gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarıyla ebe bakış açısı göre olan doğum uyumları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmadaki tüm aşamalar Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Birinci aşaması doğumhane, ikinci aşaması kadın doğum

polikliniği ve doğumhanede yürütülmüştür. Araştırma süresi Temmuz 2022- Kasım 2023 tarih aralığını kapsamaktadır.

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ayaktan ve yataklı olarak tedavi hizmetleri sunan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Eğitim ve Araştırma hastanesidir. Hastane, Karabük Devlet Hastanesi adı ile 1967 yılında 50 yatak kapasiteli olarak kurulmuş, 2013 yılından itibaren hastane, üniversite ile imzalanan protokol ile 440 yatak kapasiteli Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne dönüşmüştür. Aynı zamanda hastane 2018 yılından itibaren “Anne Dostu Hastane”, “Bebek Dostu Hastane” ve “Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi” unvanlarını almıştır. Hastanede bir lohusa servisi ve bir doğumhane bulunmakta olup aylık ortalama 50-60 normal doğum gerçekleşmektedir. Doğumhanede toplam 10 ebe çalışmaktadır. Günlük kadın doğum ve hastalıkları poliklinik hizmeti ortalama iki kadın doğum hekimi tarafından verilmektedir (<https://karabukeah.saglik.gov.tr/TR,73441/--hakkimizda.html>).

3.3. Araştırmanın Türü

Araştırmanın birinci aşaması metodolojik; ikinci aşama randomize kontrollü çalışma türü olarak gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklem

3.4.1. Birinci aşama

Araştırmanın birinci aşaması bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Bu aşamada literatüre katkı sağlayacağı düşünülen “Doğum Uyumu Ölçeği” başlıklı yeni bir ölçek geliştirilmiştir. “Doğum Uyumu Ölçeği (DUÖ)” iki versiyonda gerçekleştirilmiştir. Birinci versiyon, “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği (DUÖDÖ)”’dir. DUÖDÖ ile kadınlar, doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıklarını kendi bakış açısıyla değerlendirmektedir. İkinci versiyon ise, “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği (DUEÖDÖ)”’dir. DUEÖDÖ ile, kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıkları doğumu takip eden ebenin bakış açısıyla değerlendirilmektedir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında, örneklem büyüklüğü ilişkilerinin güvenilir bir biçimde belirlenmesini sağlayacak kadar büyük olması önem arz etmektedir (Büyüköztürk, 2005). Literatürde metodolojik araştırmalar için ideal örneklem büyüklüğünün genellikle toplam madde sayısının 5-10 katı olan sayıda bir örneklem

hacmi ile çalışılması önerilmektedir (Burns & Grove, 2009). Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği taslak formunda madde sayısı başlangıçta 76 iken, 30 lohusa üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiş ve istatistiksel analiz sonucunda kalan madde sayısı 30 olarak güncellenmiştir (Tablo 4.6.). Bu doğrultuda araştırmanın birinci aşamasındaki örneklem büyüklüğü Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği taslak formundaki madde sayısının (30 madde) 10 katı olacak şekilde 300 kişi olarak belirlenmiştir. Bu süreçte pilot uygulama yapılan 30 lohusa, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan 12 lohusa ve anketin hepsini doldurmayan sekiz lohusa araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırma, dahil olma kriterlerini karşılayan toplam 300 lohusa ile ideal örneklem sayısına ulaşılarak tamamlanmıştır. Çalışma grubu kapsamındaki lohusalar gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir.

“Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”ne ait çalışma grubunu “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği”ndeki 300 lohusaya yönelik 300 ebe değerlendirmesi oluşturmaktadır. Bu süreçte doğumhanede çalışan tüm ebeler (10 ebe) araştırmaya katılmaya gönüllü olmuştur.

Araştırmaya dahil edilen lohusaların dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıda belirlenmiştir.

Lohusa çalışma grubuna ait dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Türkçe konuşabilmek ve anlayabilmek
- Okuryazar olmak
- İşitsel, görsel ve mental yetersizliği olmamak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde olmak
- Travayda en az 3 saat geçirmek

Lohusa çalışma grubuna ait dışlanma kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Elektif sezaryen olmak

3.4.2. İkinci aşama

İkinci aşamada evreni Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gebe polikliniklerine başvuran tüm gebe kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Literatürde doğum uyumuna ilişkin benzer bir araştırmaya rastlanmamıştır. Etki büyüklüğü Cohen (1988) tarafından bağımsız ortalamaların farkına göre yüksek düzeyde olarak 0.80 alınmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.80 etki büyüklüğünde her bir grupta 35 kişi olmak üzere toplam 70 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (df=68; t=1,668).

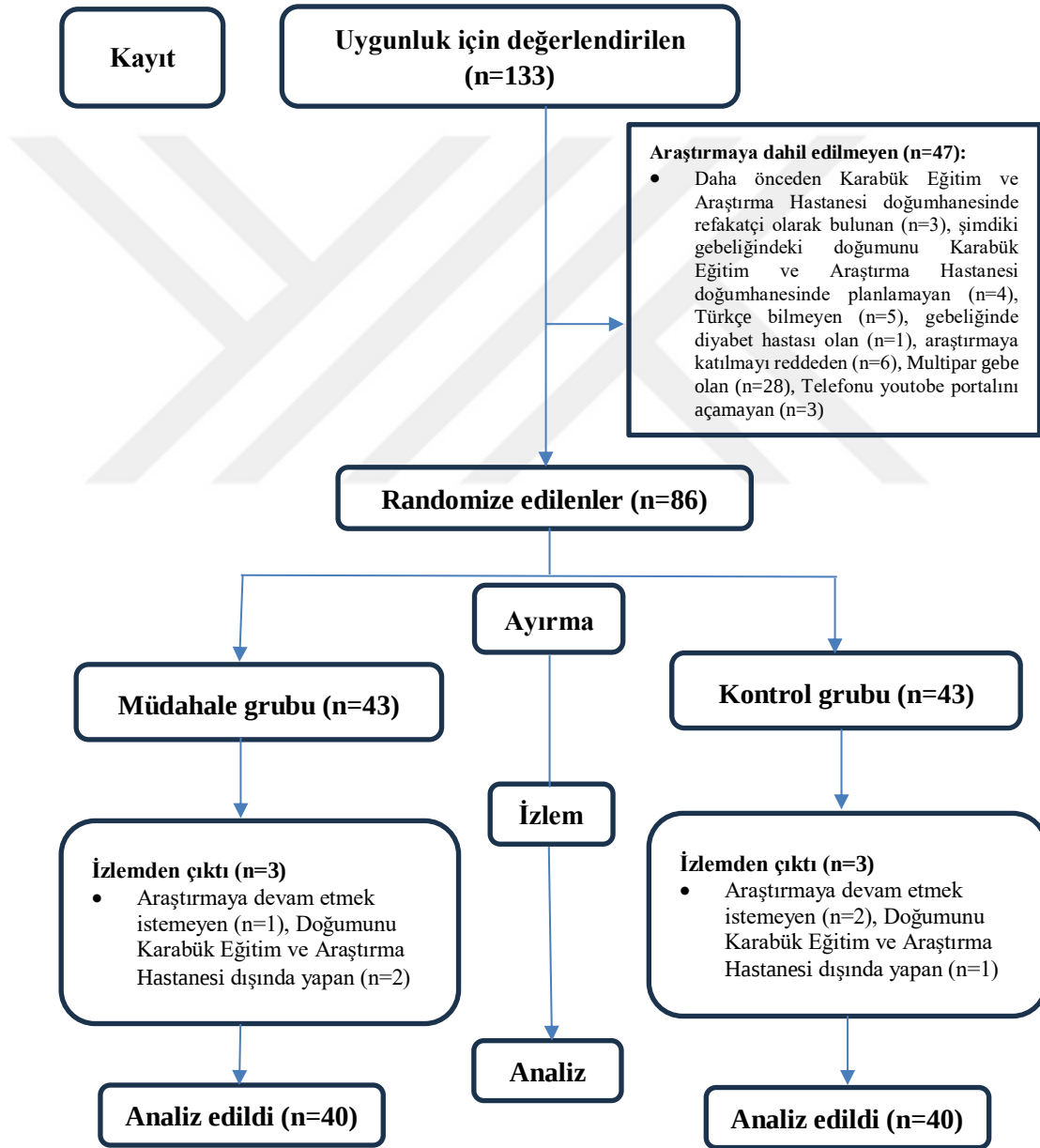
Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak, her grup için 43 gebe olmak üzere toplam 86 gebe araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada dahil edilme kriterlerine uyan gebeler basit randomizasyon yöntemiyle müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Örneklem randomizasyonu "Reacher Randomizer" adlı web sitesi üzerinden (<https://www.randomizer.org>) yapılmıştır. Bu sistemde 1'den 86'ya kadar olan sayılar iki gruptan birine atanmıştır (Tablo 3.1.). Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan katılımcı olduğunda sıradaki numara hangi grupta yer alıyorsa katılımcı o gruba alınmıştır. Randomizasyon işlemi araştırma dışında tarafsız bir kişi tarafından yapılmıştır. Gebe kadınlara gruplar hakkında herhangi bir bilgi verilmemiş, hangi grupta yer alacaklarına dair bilgiler yalnızca araştırmacı tarafından bilinerek araştırmada tek körlük sağlanmıştır.

Tablo 3.1. Grupların Randomizasyon tablosu

Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
17, 67, 28, 73, 81, 71, 77, 76, 15, 4, 13, 85, 42, 37, 70, 55, 47, 9, 11, 61, 74, 1, 34, 44, 50, 36, 20, 64, 54, 16, 84, 18, 29, 33, 13, 64, 62, 5, 26, 56, 65, 24, 45, 22, 36, 70, 60, 45, 22, 56, 10, 80, 75, 38, 61, 48, 54, 84, 86, 21, 20, 79, 72, 30, 59, 39, 43, 53, 49, 58, 42, 62, 2, 30, 43, 21, 3	27, 48, 38, 16, 17, 76, 33, 32, 82

Müdahale grubu, sanal doğumhane ziyareti yapan gebelerdir. Bu gebelere doğum öncesi dönemde rutin bakım ile birlikte sanal doğumhane videosu izletilerek doğum yapacakları ortamın özellikleri tanıtılmıştır. Kontrol grubundaki gebelere ise rutin bakım ve danışmanlık hizmeti dışında herhangi bir girişim yapılmamıştır.

Araştırmanın uygulama aşamasında veri kayıpları meydana gelmiştir. Müdahale grubundan üç, kontrol grubundan üç kişi olmak üzere toplam altı kişilik veri kaybı yaşanmıştır. Araştırmada yaklaşık % 7,0 (6/86)'lık bir kayıp gerçekleşmiştir. Bu oran %10'dan küçük olduğu için kabul edilebilir düzeydedir (Akin & Koçoğlu, 2017). Bu nedenle araştırmada, müdahale n=40, kontrol grubu n=40 kişi şeklinde belirlenen veri sayısına ulaşıldığı için çalışmaya son verilmiştir. Araştırmadaki veriler açıklık, bütünlük ve şeffaflık sağlanması amacıyla Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)'a göre yapılmıştır (Şekil 3.1.).



Şekil 3. 1. Araştırmanın ikinci aşamasına yönelik consort diyagramı (Consort, 2018).

Araştırmanın ikinci aşamasında çalışma grubu olan gebelere yönelik oluşturulan dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Gebelerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Türkçe konuşabilmek ve anlayabilmek
- İşitsel, görsel ve mental yetersizliğe sahip olmamak
- Okur yazar olmak
- Primipar gebe olmak
- 24- 40. gebelik haftasına sahip olmak
- Gebeliğinde herhangi bir risk faktörü saptanmamış olmak (kalp hastalığı, diyabet, preeklamsi...gibi)
- Daha önce Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin doğumhanesini ziyaret etmemiş olmak
- Şimdiki gebelik sürecinde Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapmayı planlamak
- Doğum sürecinde travayda en az 3 saat geçirmek
- İnternet erişim imkanına sahip akıllı telefon veya tablet/laptop/bilgisayara sahip olmak
- Youtube portalı erişimi olan Telefon veya tablet/laptop/bilgisayara sahip olmak

Gebelerin araştırmaya dışlanma kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Multipar gebe olmak

3.4.2.1. Sanal doğumhane ziyareti

Gebelere doğumhane ortamını tanıtmaya yönelik sanal doğumhane videosu oluşturulmuştur. Sanal videolar, gerçek görüntü alabilen 360 derece kamera aracılığıyla hazırlanmaktadır. Kullanıcı, tablet, laptop, bilgisayar veya cep telefonu gibi birçok farklı platformlardan 360 derece video özelliği ile istediği noktaya bakma

özgürlüğü yaşamaktadır. Gerçeğe yakın bir biçimde kişinin sanki videonun içindeymiş gibi hissetmesini sağlamaktadır (Kaleci vd., 2016).

Sanal doğumhane videosunun hazırlanma amacı, sanal doğumhane videosunun neden olduğu gerçeklik duygusu ile kişinin mekânda istediği gibi dolaşma özgürlüğünü sağlamak ve doğum ortamının bilinmezlik etkisini ortadan kaldırmaktır. Aynı zamanda maliyet, zaman gibi farklı yetersizlikleri olan bireylerin öğrenme süreçlerine aktif olarak katılmaları sağlayarak eğitimde fırsat eşitliği oluşturmaktır.

Araştırmadaki sanal doğumhane videosunda gebelerin doğum yapacakları ortamı doğum öncesi dönemde sanal ortamda ziyaret etmesi sağlanmıştır. Sanal doğumhane videosunun çekimleri araştırmacı tarafından 360 derece gerçek görüntü alabilen bir kamera kullanılmış KEAH'nin doğumhane ortamında gerçekleştirilmiştir (EK-4). Sanal doğumhane video içeriğindeki anlatım hastanenin doğumhanesinde çalışan bir ebe tarafından gerçekleştirilmiştir. Sanal doğumhane video çekimlerinde hasta mahremiyeti ve gizlilik ön planda tutulmuştur. Ayrıca sanal doğumhane video çekimlerinde herhangi bir gebeye girişimsel bir uygulama yapılmamıştır. Aynı zamanda doğumhanede çalışanlar tarafından müdahalede bulunan diğer gebelerin görüntüleri veya sesleri videoya yansıtılmamıştır.

Bu videonun içeriğinde; (Ebrahimian & Bilandi, 2021; Öztürk vd., 2018; Kızıllırmak & Başer, 2016);

- Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi'nin doğumhanesine giriş alanının özellikleri,
- Doğum yataklarının özellikleri,
- Doğumhanedeki tuvalet ve banyo alanları,
- Mat, pilates topu, televizyon gibi doğumu kolaylaştırmaya yönelik rutin kullanılan materyallerin tanıtımı,
- Bebek yataklarının özellikleri,
- Refakatçiye yönelik imkanların özelliklerini (dinlenme alanı, tuvalet gibi) içeren görüntüler yer almaktadır.

Sanal doğumhane ziyareti kapsamında hazırlanan sanal doğumhane videosu, Samsun Gear 360 video kamerasıyla çekilmiştir. Çekilen görüntüler “Magix Video Deluxe” programıyla (deneme sürümü) işlenmiştir. Görüntüler programla birleştirilerek 360 derecelik videoya dönüştürülmüştür. Oluşturulan sanal doğumhane

videosu youtube video portalına <https://www.youtube.com/watch?v=EyCt-jTDCVs> bağlantı adresi olarak eklenmiştir. Sanal doğumhane videosunun toplam süresi 10 dakikadır. Sunucu üzerinden müdahale grubundaki gebeler, gerçek doğumhane ortamını bilgisayar/laptop ekranındaki fare imlecini hareket ettirerek ya da cep telefonu/tableti sağa sola çevirerek istedikleri yer, zaman ve sayıda kendi kontrollerinde izleyebilmişlerdir. Bu videosunun bilgisayar, laptop, tablet ya da cep telefonunda youtube üzerinden yüksek çözünürlükte, yatay pozisyonda ve tam ekran yapılarak izlenmesi tavsiye edilmektedir. Böylelikle gebelerin kendi kontrollerinde istediği her an doğum yapacağı ortamı keşfetme imkânı sunulmaktadır.

3.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları

3.5.1. Birinci aşama

Araştırmanın birinci aşamasında geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılan taslak “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve taslak “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Her iki ölçeğin geliştirilme aşamaları bulgular bölümünde “4.1. Ölçek Geliştirme ve Aşamaları” kısmında ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

3.5.2. İkinci aşama

Araştırmanın ikinci aşamasında veri toplama araçları olarak “Anket Formu”, “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği”, “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği” ve “Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği” kullanılmıştır.

3.5.2.1. Anket Formu

Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında kullanılan olan bu formda; katılımcıların yaş, eğitim, eğitim ve gelir durumu gibi sosyo-demografik bilgilerinin yanı sıra gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, gibi obstetrik özelliklerine dair bilgiler, gebeliği isteme durumu, gebelik ve doğuma ilişkin bilgiler sorgulanmıştır. Anket formunda toplam 21 soru bulunmaktadır (EK-1).

3.5.2.2. Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği (DUÖDÖ)

Araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği, bir gebenin kendi bakış açısıyla doğumda uyumlu olup olmadığını değerlendirmektedir. DUÖDÖ “ebe-gebe ilişkisi uyumu” (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. maddeler), “doğum ortamı uyumu” (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

maddeler) olmak üzere toplam iki alt boyut ve 22 madde bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler beşli likert tipi olup “1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 kararsızım, 4 katılıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır (EK-12). Ölçeğin “ebe-gebe ilişkisi uyumu” alt boyutuna ait 11. madde ters puanlanmakta ilen “doğum ortamı uyumu” alt boyutunda tersine olan bir ifade bulunmamaktadır. Ölçek geneli ve alt boyutlarına ait puanların hesaplanmasında aritmetik madde puan ortalaması kullanılmaktadır. Ölçek alt boyutlarından ve genelinden elde edilen puan aralıklarının eşdeğer olması sağlanmıştır. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların yükselmesi doğum uyum düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. DUÖDÖ Cronbach Alpha düzeyi 0,949 olarak saptanmış ve ölçek kullanıma son derece uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde hem alt boyutlar hem de ölçeğin tümünden alınan puanlar kullanılabilir. Ölçek puan dağılım aralığının hesaplanması amacıyla, dağılım aralığı=en büyük değer- en küçük değer/ derece sayısı formülü kullanılmıştır. Bu aralık 4 puanlık genişliğe sahiptir. Bu genişlik beş eşit genişliğe bölünerek 1,00- 1,79 arası “uyumsuz”, 1,80- 2,59 arası “düşük uyumlu”, 2,60- 3,39 arası “orta uyumlu”, 3,40-4,19 arası “uyumlu”, 4,20-5,00 arası “yüksek uyumlu” olarak sınır değerleri belirlenmiştir (Sümbüloğlu, 1993).

3.5.2.3. Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği (DUEDÖ)

Araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği, gebelerin doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıklarını doğumu takip eden ebenin bakış açısıyla değerlendirmektedir. DUEDÖ tek boyut ve 17 madde bulunmaktadır. Ölçekte 8. madde ters puanlanmaktadır. Ölçekteki maddeler beşli likert tipi olup “1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 kararsızım, 4 katılıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır (EK-13). Ölçek geneli ve alt boyutlarına ait puanların hesaplanmasında aritmetik ortalama kullanılmaktadır. Ölçek alt boyutlarından ve genelinden elde edilen puan aralıklarının eşdeğer olması sağlanmıştır. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların yükselmesi doğum uyum düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. DUEDÖ Cronbach Alpha düzeyi 0,937 olarak saptanmış ve ölçek kullanıma son derece uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçek puan dağılım aralığının hesaplanması amacıyla, dağılım aralığı=en büyük değer- en küçük değer/ Derece sayısı formülü kullanılmıştır. Bu aralık 4 puanlık genişliğe sahiptir. Bu genişlik beş eşit genişliğe bölünerek 1,00- 1,79 arası “uyumsuz”, 1,80- 2,59 arası “düşük uyumlu”, 2,60- 3,39 arası “orta uyumlu”, 3,40-4,19 arası “uyumlu”, 4,20-5,00

arası “yüksek uyumlu” olarak sınır değerleri belirlenmiştir (Sümbüloğlu, 1993). (EK-12).

3.5.2.4. Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği (NDİÖ)

Akça ve Aksoy Derya (2021) tarafından inanç modeli doğrultusunda geliştirilen NDİÖ gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimlerini değerlendirmektedir (EK-3). NDİÖ toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler beşli likert tipi olup “Tamamen katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kesinlikle katılmıyorum (1)” şeklinde puanlanmaktadır. NDİÖ algılanan engeller alt boyutuna ait tüm maddeler (12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 24, en yüksek 120 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde ölçeğin tümünden alınan puanlar kullanılabilir. Ölçekten alınan toplam puanlara göre gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri; 24 ile 56 arası düşük, 57 ile 88 arası orta ve 89 ile 120 arası yüksek düzey olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri artmaktadır. NDİÖ Cronbach alpha değeri, 0,837 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada NDİÖ Cronbach alpha değeri 0,886 olarak saptanmış olup ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu doğrulanmaktadır. NDİÖ’nin bu araştırma için kullanım izni, ölçeği geliştiren araştırmacıdan alınmıştır (EK-2).

3.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Birinci aşamaya ait nihai form oluşturma süreci Şekil 4.5.’te belirtilmekte iken ikinci aşamaya ait consort diyagramı Şekil 3.1.’de gösterilmektedir.

3.6.1. Birinci aşama

Araştırmanın birinci aşamasında DUÖDÖ ve DUEDÖ’ne yönelik madde havuzlarını oluşturmak için KEAH’de odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Görüşmelere kadın doğum hekimleri, ebeler, gebeler ve lohusalar davet edilmiştir. Bu kişilere araştırmanın amacı ve içeriğine yönelik bilgiler verilmiş ve kişilerin gönüllü bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. DUÖDÖ ve DUEDÖ için Kadın doğum hekimleri, ebeler, gebeler ve lohusalardan oluşturulan grupların doğum uyumu ile ilgili görüş/önerilerini ifade etmeleri için “Doğum Uyumuna Yönelik Kompozisyon

Formu” kullanılmıştır. Görüşmelerde veriler tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır.

Literatür ve madde havuzunun oluşturulmasında rehber niteliği taşıyan odak grup görüşmeleri doğrultusunda her iki versiyona yönelik madde havuzları oluşturulmuştur. Ardından “Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu” kullanılarak 20 uzman kişiden taslak DUÖDÖ ve taslak DUEDÖ ile ilgili görüş alınmıştır ve kapsam geçerlilik analizleri yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda taslak DUÖDÖ ve taslak DUEDÖ’nde yer alan madde ifadeleri güncellenmiş ve araştırma kapsamındaki 30 kişi üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamanın istatistiksel değerlendirmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizi sonucunda taslak DUÖDÖ ve taslak DUEDÖ’nin formları yeniden güncellenmiştir. Ardından doğum sonrası ilk 48 içerisinde olan ve araştırmaya dahil olma kriterlerini kapsayan 300 lohusaya taslak DUÖDÖ uygulanmış ve bu kadınları takip eden ebesine DUEDÖ uygulanarak 300 ebe değerlendirme verileri elde edilmiştir. DUÖDÖ ve DUEDÖ verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmada veri toplama süresi DUÖDÖ’ne yönelik yaklaşık 8-10 dakika, DUEDÖ’ne yönelik yaklaşık 6-8 dakika sürmüştür. Elde edilen veriler doğrultusunda taslak DUÖDÖ ve taslak DUEDÖ’nin geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmıştır. DUÖDÖ ve DUEDÖ’nin geçerlilik güvenilirlikler sağladıktan sonra maddelerin nihai ölçekte yer alabilir yüksek güvenilir nitelikte yer aldığı ortaya koyulmuştur (Şekil 4.5.; EK-11; EK-12).).

3.6.2. İkinci aşama

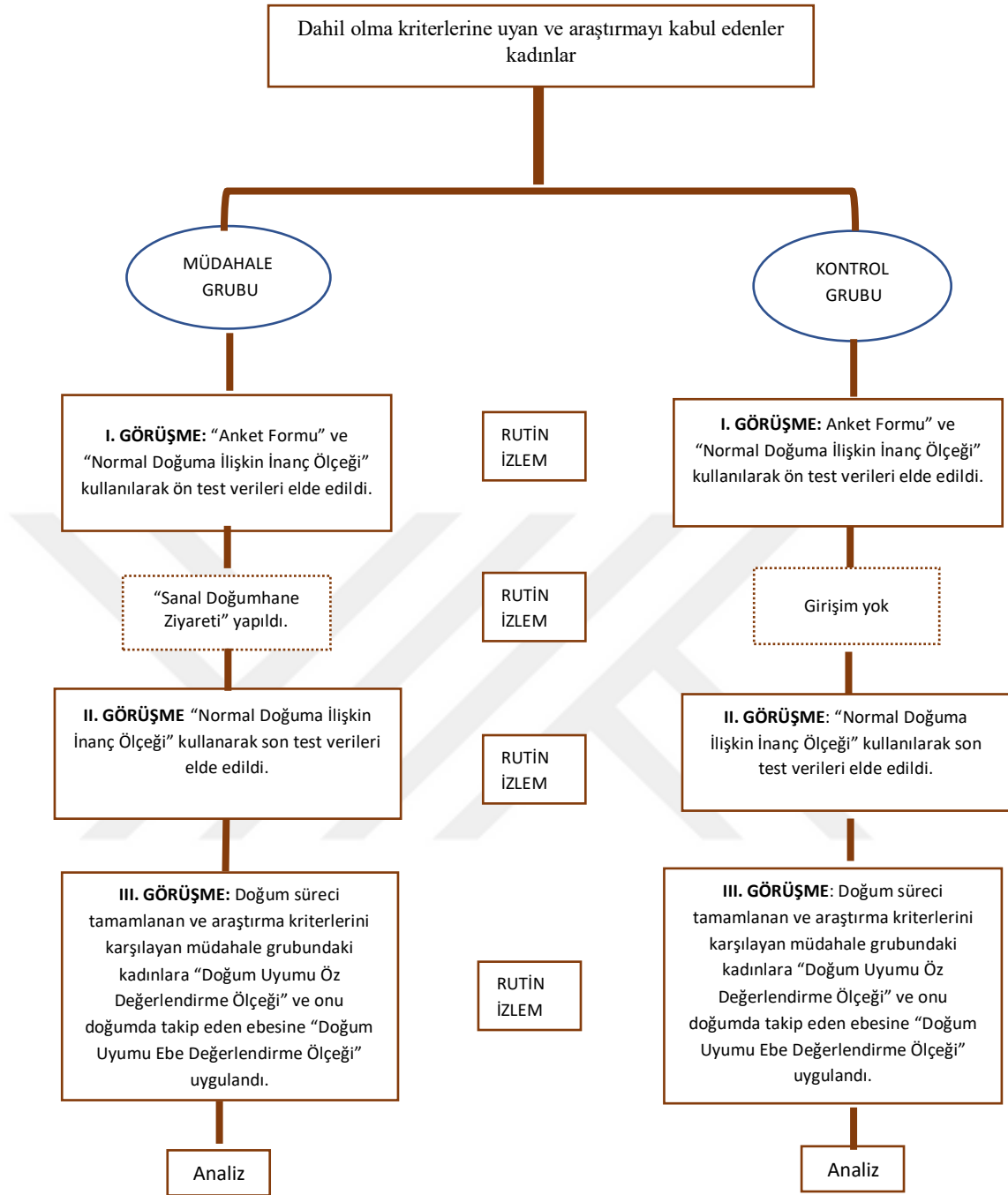
Araştırmanın ikinci aşamasında çalışma grubu olan gebeler ile toplam üç görüşme yapılmıştır (Şekil 3.2.);

- Birinci görüşmede; araştırmanın amacı açıklanarak müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra “Anket Formu” uygulanmıştır. Ardından her iki gruba (müdahale ve kontrol) Akça ve Aksoy Derya (2021) tarafından geliştirilen “Normal Doğuma İlişkin İnanç Ölçeği” uygulanarak ölçekte ön test verileri elde edilmiştir. Müdahale grubundaki gebelerin sanal doğumhane ziyareti yapabilmeleri için youtube portalına yüklenen sanal doğumhane video linki (<https://www.youtube.com/watch?v=EyCt-jTDCVs>)

mesajlaşma yoluyla paylaşılmış ve izlemeleri sağlanmıştır. Kontrol grubunda yer alan gebelere rutin bakım dışında herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

- İkinci görüşmede; Pilot çalışma kapsamında gebelerin sanal doğumhane ziyaretleri youtube portalında incelenmiş ve izlenme sıklığının en çok 3-5 gün içinde (ortalama dördüncü gün) olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle NDİÖ son test verileri müdahale ve kontrol grubundaki gebelere ilk görüşmeden sonraki dördüncü günde elde edilmiştir.
- Üçüncü görüşme; müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin doğum süreçleri tamamlandıktan sonraki ilk 48 saat içinde yapılmıştır. “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum uyumu üzerindeki etkisi hem kendi bakış açısıyla hem de doğumunu takip eden ebe bakış açısıyla değerlendirilmiştir.

Araştırma bitiminde araştırmaya katılan kontrol grubundaki kadınlara da sanal doğumhane ziyareti yapabilmeleri için bağlantı adresi paylaşılmıştır.



Şekil 3. 2. Araştırmanın ikinci aşamasına yönelik akış şeması

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: DUÖDÖ puanı, DUEDÖ puanı, NDiÖ puanı bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler: Sanal doğumhane ziyareti, DUÖDÖ alt boyutları puanları bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır (Onay tarihi/Karar No: 22.02.2022/2021-200) (EK-5). Ardından Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ve ilgili kurumdan araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin alınmıştır (Sayı: E-34771223-774.99) (EK-6).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada DUÖDÖ ve DUEDÖ'nden elde edilen sonuçlar, tüm ölçek çalışmalarında olduğu gibi ölçekte yer alan sorularla sınırlı bir değerlendirme sunmaktadır.

Araştırmanın ikinci aşamasının primipar gebeler üzerinde olması bir sınırlılık olarak görülmekle birlikte, araştırma kapsamındaki gebelerin ilk doğumhane ziyareti yapması araştırmanın güçlü yönleri arasında yer almaktadır.

Araştırmanın ikinci aşamasında kadınların sanal doğumhane ziyareti gerçekleştirebilmesi için internet, akıllı telefon/tablet/bilgisayara sahip olması; sanal doğumhane ziyareti kapsamında hazırlanan tanıtım videosunun içeriğinde doğumhanede çalışan birden fazla ebenin yer almaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi

Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasının analizleri iki ayrı başlık altında verilmiştir.

3.10.1. Birinci aşama

Araştırmanın birinci aşamasında elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmeye yönelik Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett's Sphericity testi kullanılmıştır. DUÖDÖ ve DUEDÖ'nin yapı geçerliliklerini belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizleri ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri yapılmıştır. Her iki ölçekte alt boyutların belirlenmesine yönelik Özdeğer ve Açıklanan varyans değerleri hesaplanmış ve faktör saçılım grafiğinden yararlanılmıştır. Her iki ölçekteki faktörlerin birbiriyle ve ait olduğu ölçekle ilişkisi Pearson Korelasyonu analiziyle belirlenmiştir. Her iki ölçeğin güvenilirliği Cronbach

Alpha katsayısı, zamana karşı değişmezliği test-tekrar test analizi ile yapılmıştır. Madde ayırt ediciliği %27 alt- %27 üst gruplar yöntemi ile hesaplanmıştır.

3.10.2. İkinci aşama

Araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin saptanmasında frekans ve yüzde analizleri, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistikleri kullanılmıştır. Ayrıca değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleriyle incelenmiştir.

Araştırma bulguların analizinde parametrik yöntemlerden faydalanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi; Grup içi tekrarlı ölçümlerin değişimleri bağımlı gruplar t-testi kullanılmıştır. Grup içi tekrarlı ölçümlerin değişimleri bağımlı gruplar t-testiyle analiz edilmiştir. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişki derecesinin belirlenmesine yönelik Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Elde edilen veriler %95 güven aralığı ve $p<0,05$ anlamlılık düzeylerine göre değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur. Birinci başlık altında kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıklarını hem kendi bakış açısıyla hem de doğumu takip eden ebe'nin bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçlayan ölçek geliştirme sürecine yer verilmiştir. İkinci başlıkta ise, primipar gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretin normal doğuma ilişkin inançlarına ve doğum uyumuna etkisine ilişkin değerlendirmeler sunulmuştur.

4.1. Araştırmanı Birinci Aşamasına Ait Bulgular: Ölçek Geliştirme Süreci

Araştırmada “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği” geliştirilme sürecine ait metodoloji aşağıda sırasıyla verilmiştir (Şekil 4.5.).

4.1.1. Madde havuzunun oluşturulması

Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”ne ait madde havuzları, araştırma kapsamında yapılan odak grup görüşmeleri ve literatür taraması sonucunda belirlenmiştir (EK-7; EK-8).

4.1.1.1. Literatür taraması

Doğum uyumu konusunda geniş bir alanyazın taraması yapılmıştır (Ebrahimian & Bilandi, 2021; Gür & Apay, 2020; Frey vd., 2019; Pratiw vd., 2017; Coşar & Demirci, 2012). Hem kadın hem de doğumunu takip eden ebe bakış açısıyla doğum uyumunun etkilenebileceği düşünülen konular incelenmiştir. (Khomehchian vd., 2020; Öztürk vd., 2018; Kızıllırmak & Başer, 2016; Sert vd., 2014; Özkaraman vd., 2012; Coşar & Demirci, 2012; Karaçam & Akyüz, 2011.) Gebelerin, lohusaların, ebelerin ve kadın doğum hekimlerinin doğum uyumuna yönelik görüşlerini içeren çalışmaların yanı sıra doğum uyumuna yönelik eğitimlerle ilişkili olabilecek kuramsal alanyazın taramaları yapılmıştır (Khorsandi vd., 2012; Dadipoor vd., 2017; Mete vd., 2017).

4.1.1.2. Odak grup görüşmeleri

Ölçek çalışmalarında yapılan odak grup görüşmeleri, madde havuzunun oluşturulmasına teorik destek sağlamakta ve elde edilen detaylı veriler ile çalışmaya sağlam bir temel oluşturmaktadır (Kapuscinski & Masters, 2010; Kitzinger, 1995).

Odak grup görüşmelerinde literatür taraması sonucu elde edilmiş bir form kullanılarak hedef kitlenin öneri/görüşleri alınmaktadır. Hedef kitle, konu ile ortak özelliklere sahip kişilerin yer alacağı grupları temsil etmektedir (Kapusinski & Masters, 2010). Odak grup görüşmelerinde grup büyüklüğü, araştırmacının görüşmelerden elde ettiği verilerin doygunluk noktasına ulaşınca kadar ne kadar devam edeceği ile ilgilidir (Çelik vd., 2020; Ekiz, 2003).

Bu araştırmada yapılacak olan odak grup görüşmeleri, madde havuzunun daha kapsamlı ve bütüncül bir temel oluşturulması amacıyla planlanmıştır. Odak grup görüşmelerindeki hedef kitle, doğum uyumu konusunda öneri/görüşlerin alınacağı kişilerin yer aldığı grupları temsil etmektedir. Bu gruplar; Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın doğum hekimleri, doğumhanede çalışan ebeler, hastaneye başvuran gebeler ve hastanede doğum yapan lohusalardan oluşturulmuştur. Bu grupların DUÖDÖ ve DUEDÖ için konu ile ilgili görüş/önerilerini ifade etmelerini sağlamak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmış olan "Doğum Uyumuna Yönelik Kompozisyon Formu" kullanılmıştır (EK-9). Konuyla ilgili görüş/öneriler alınırken veriler doygunluk noktasına ulaşınca dek görüşmelere devam edilmiş olup araştırmayı kabul eden beş kadın doğum hekimi, beş ebe, beş gebe, beş lohusa olmak üzere toplam 20 kişi ile odak grup görüşmeleri tamamlanmıştır (Tablo 4.1.). Veriler tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır.

Tablo 4. 1. Odak grup görüşmelerindeki katılımcıların doğum uyumu hakkındaki görüşleri

Kod ifadeleri	n	f
Doğum korkusu	7	35
Ajite/endişe	5	25
Gerginlik	3	15
Komutlara uyma	7	35
Muayenelere izin verme	10	50
Öğretileni uygulama	4	20
Doğru ıkmıma sıklığı	2	10
Doğum çabası/başıetme gücü	7	35
Algılama gücü	1	5
Kolay ikna olma	1	5
Şikayet etme sıklığı	1	5
Sürekli soru sorma	3	15
Bağırmak/çığlık atmak	3	15
Çevresindekiler rahatsız etmesi	2	10
Olumlu beden imajı	1	5
Olumlu benlik saygısı	1	5
Doğuma istekli oluş	3	15
Doğuma ön yargılı olması	2	10
Olumlu doğum beklentisi	5	25
Olumlu tutum ve davranışlar	1	5
Doğumda kendi sorumluluğunu üstlenme	4	20
Doğum öncesi eğitim düzeyi	7	35
Doğumu tamamladığı süre	6	30
Doğumdan memnuniyet	1	5
Sorulan sorulara cevap bulabilme	2	10
Telkin verme sıklığı	1	5
Doğumu yaptıran kişinin açıklayıcı bilgiler vermesi	4	20
Doğumu yöneten kişiyle fiziksel temas	1	5
İşlem öncesi bilgilendirme	2	10
Doğumu yaptıran kişinin gebe üzerindeki kontrolü	3	15
Doğumu yaptıran kişinin gebeyle olan iletişim	9	45
Doğum yaptıran kişiyle iş birliği	3	15
Doğumu yaptıran kişinin samimiyeti	2	10
Doğumu yaptıran kişinin güler yüzlü oluşu	1	5
Doğumu yaptıran kişinin anlayışlı olması	4	20
Doğumu yaptıran kişinin sabırlı olması	3	15
Doğumu yaptıran kişinin güven vermesi	9	45
Doğumu yöneten kişinin gebeye olan ilgisi	6	30
Yalnız hissetme sıklığı	4	20
Doğumu yaptıran kişiye teslim olma	3	15

Odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler ve literatür doğrultusunda DUÖDÖ'ne yönelik toplam 151, DUEÖDÖ'ne yönelik toplam 29 ifadeden oluşan iki ayrı madde havuzu hazırlanmıştır (EK-7).

4.1.2. Kapsam (İçerik) geçerliliği

“Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”ne yönelik hazırlanan madde havuzlarındaki ifadelerinin kapsam geçerliliği analizleri için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Literatür incelendiğinde uzman görüşü için uzman sayısının 5-40 arasında olması gerektiği önerildiği görülmektedir (Alpar, 2013). Her iki ölçeğe madde ifadeleri 20 kişiden oluşan uzman grubun görüşüne (ebelik alanında uzman 10 akademisyen, doğumhanede çalışan sekiz ebe, istatistik alanında bir uzman, Türk Dili ve Edebiyatı alanında bir uzman) sunulmuştur (EK-10). Uzmanlara yüz yüze görüşme ve e-posta yoluyla ulaşılmıştır.

Kapsam geçerliğine ilişkin uzman görüşlerinin değerlendirilmesi, elde edilen verilerin kapsam geçerlik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGI) ile yapılmıştır.

Kapsam geçerlilik oranı, geliştirilecek ölçekteki her bir maddenin ölçmek istenilen yapıya uygunluğu test etmekte olup kapsam geçerliğine ilişkin uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir yaklaşımdır (Sart, 2020). KGO hesaplamaları için literatürde değişik yaklaşımlara rastlamak mümkündür. Bu araştırmada her iki ölçeğin KGO hesaplamasında basit, anlaşılabilir ve kolay hesaplanabilir yapıda olan Lawshe, (1975) tekniği kullanılmıştır. Bu teknik ile uzmanlar her bir madde için “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ve “madde hedeflenen yapıyı ölçmüyor” şeklinde üçlü derecelendirmektedir. Literatüre doğrultusunda uzman görüşlerine ait derecelendirmeler “Uygun”, “Uygun Ancak Düzeltilmeli” ve “Çıkartılmalı” şeklinde düzenlenmiş olup maddelerin kapsam geçerlilik oranının hesaplanabilmesi için “Uygun” 3, “Uygun Ancak Düzeltilmeli” 2 ve “Çıkartılmalı” 1 olacak şekilde puanlanmıştır (Tablo 4.2.; Tablo 4.4.). Bu doğrultuda DUÖDÖ ve DUEÖDÖ’nde yer alan her bir madde için uzmanlardan yukarıda yer alan derecelendirmelerden birini işaretlemeleri istenmiştir. Ayrıca “Uygun Ancak Düzeltilmeli” seçeneğini işaretleyenlerden düzeltmeye yönelik fikirlerini belirtmeleri için her maddenin altına

boşluk bırakılmıştır. Araştırmada her bir maddenin KGO değeri, Lashwe tekniğinde yer alan “herhangi bir maddeye ilişkin ‘Uygun’ görüşünü belirten uzman sayısının maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısının yarısına oranının bir eksiği” formülüyle hesaplanmıştır. (Lashwe,1975).

Literatürde 20 uzman kişiye göre $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO için minimum değer 0,42 olarak belirtilmiştir (EK-11), (Lashwe,1975; Yurdağül, 2005). Bu doğrultuda DUÖDÖ ve DUEÖDÖ’nde yer alan KGO değeri 0,42 altında kalan maddeler madde havuzundan çıkarılmıştır (Tablo 4.2.; Tablo 4.4.).

Tablo 4. 2. Uzman değerlendirmesi doğrultusunda taslak DUÖDÖ’nin KGO değerleri

Maddeler	KGO	Maddeler	KGO	Maddeler	KGO	Maddeler	KGO
1	0,700	41	0,600	81	0,700	121	0,300*
2	0,800	42	0,700	82	0,800	122	0,400*
3	0,400*	43	0,900	83	0,800	123	0,200*
4	0,500	44	0,300*	84	0,200*	124	0,400
5	0,800	45	0,400*	85	0,800	125	0,100*
6	0,600	46	0,800	86	0,100*	126	0,600
7	0,900	47	0,100*	87	-0,200*	127	0,800
8	0,400*	48	0,700	88	-0,200*	128	0,800
9	0,700	49	0,100*	89	-0,300*	129	0,300*
10	-0,300*	50	0,900	90	-0,200*	130	0,400*
11	-0,300*	51	0,800	91	-0,400*	131	0,500
12	0,600	52	0,600	92	0,700	132	0,000*
13	0,400*	53	0,200*	93	0,400*	133	0,700
14	0,800	54	0,400*	94	0,000*	134	0,700
15	0,800	55	0,700	95	0,000*	135	0,700
16	0,800	56	0,300*	96	0,400*	136	0,400*
17	0,800	57	0,400*	97	0,600	137	0,000*
18	0,400*	58	0,000*	98	0,000*	138	0,600
19	0,300*	59	1,000	99	0,500	139	0,800
20	-0,333*	60	0,500	100	0,600	140	0,400*
21	-0,100*	61	0,100*	101	0,500	141	0,100*
22	0,800	62	0,800	102	-0,400*	142	-0,100*
23	0,100*	63	0,600	103	0,100*	143	0,200*
24	0,800	64	0,900	104	0,500	144	0,700
25	0,100*	65	0,200*	105	0,600	145	0,700
26	0,600	66	0,200*	106	0,500	146	-0,100*
27	0,200*	67	0,100*	107	-0,100*	147	0,600
28	0,200*	68	0,400*	108	0,000*	148	0,700
29	0,400*	69	0,000*	109	0,500	149	0,400
30	0,500	70	0,100*	110	0,500	150	0,600
31	0,400*	71	0,200*	111	0,700	151	0,800
32	0,700	72	0,500	112	0,200*		
33	0,500	73	0,200*	113	0,500		
34	0,600	74	0,100*	114	0,200*		
35	0,700	75	0,700	115	0,500		
36	0,800	76	0,100*	116	0,700		
37	0,300*	77	0,300*	117	0,500		
38	0,600	78	0,200*	118	0,700		
39	0,700	79	0,800	119	0,800		
40	0,100*	80	0,800	120	0,300*		

* Ölçekten çıkarılan maddeler (KGO<0,42).

Tablo 4.2.'de belirtildiği üzere taslak DUÖDÖ maddelerin KGO değerleri verilmiştir. Yapılan kapsam geçerliliği sonucunda 151 maddelik taslak DUÖDÖ'den 75 madde (madde 3, 8, 10,11,13, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 37, 40, 44, 45, 47, 49, 53, 54, 56, 57, 58, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 107, 108, 112, 114, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 132, 136, 137, 140, 141, 142, 143, 146, 149, 150) uzman görüşleri doğrultusunda çıkarılmıştır (Tablo 4.3.; Tablo 4.5.)

Tablo 4. 3. KGO değerleri doğrultusunda taslak DUÖDÖ'deki kalan maddeler

Maddeler	KGO	Maddeler	KGO	Maddeler	KGO	Maddeler	KGO
1	0,800	36	0,800	83	0,800	126	0,600
2	0,800	38	0,600	85	0,800	127	0,800
3	0,800	39	0,700	91	0,800	128	0,800
4	0,500	41	0,600	92	0,700	131	0,500
5	0,800	42	0,700	93	0,900	133	0,800
6	0,600	43	0,900	96	0,500	134	0,700
7	0,900	46	0,800	97	0,600	135	0,700
8	0,800	48	0,700	99	0,500	136	0,900
9	0,700	50	0,900	100	0,600	138	0,600
12	0,700	51	0,800	101	0,500	139	0,800
13	0,500	52	0,600	104	0,500	140	0,700
14	0,800	55	0,700	105	0,600	144	0,700
15	0,800	56	0,800	106	0,500	145	0,700
16	0,800	59	1,000	109	0,500	147	0,600
17	0,800	60	0,500	110	0,500	148	0,700
22	0,800	62	0,800	111	0,700	149	0,800
24	0,800	63	0,600	113	0,500	150	0,600
26	0,600	64	0,900	115	0,500	151	0,900
30	0,600	72	0,500	116	0,800		
31	0,600	75	0,700	117	0,600		
32	0,700	79	0,800	118	0,700		
33	0,500	80	0,900	119	0,800		
34	0,600	81	0,600	122	0,600		
35	0,700	82	0,800	124	0,700		

Tablo 4.3.'te belirtildiği üzere taslak DUÖDÖ'deki kalan madde sayısı 76 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4. 4. Uzman değerlendirmesi doğrultusunda taslak DUEĞÖ'deki maddelerin KGO değeri

Maddeler	KGO	Maddeler	KGO
1	0,900	16	0,900
2	0,900	17	1,000
3	1,000	18	0,900
4	1,000	19	1,000
5	0,800	20	0,400*
6	0,400*	21	1,000
7	1,000	22	1,000
8	0,900	23	0,300*
9	0,900	24	0,900
10	0,200*	25	0,400*
11	1,000	26	0,900
12	1,000	27	0,400*
13	1,000	28	0,400*
14	1,000	29	0,900
15	1,000		

*Ölçekten çıkarılan maddeler (KGO<0,42).

Tablo 4.4.'de belirtildiği üzere taslak DUEĞÖ'deki maddelerin KGO değeri verilmiştir. Yapılan kapsam geçerliliği sonucunda 29 maddelik taslak DUEĞÖ'nden yedi madde (madde 6, 10, 20, 23, 25, 27, 28) uzman görüşleri doğrultusunda çıkarılmıştır.

Tablo 4. 5. KGO değeri doğrultusunda taslak ölçeğin DUEĞÖ versiyonunda kalan maddeler

Maddeler	KGO	Maddeler	KGO
1	0,900	15	1,000
2	0,900	16	0,900
3	1,000	17	1,000
4	1,000	18	0,900
5	0,800	19	1,000
7	1,000	21	1,000
8	0,900	22	1,000
9	0,900	24	0,900
11	1,000	26	0,900
12	1,000	29	0,900
13	1,000		
14	1,000		

Tablo 4.5.'de belirtildiği üzere taslak ölçeği DUEĞÖ versiyonunda kalan madde sayısı 22 olarak tespit edilmiştir.

Kapsam geçerlilik indeksi, kapsam geçerlik oranları gibi madde bazında değil tüm ölçek üzerinden elde edilen kapsam geçerlik düzeyini göstermektedir (Sart, 2020).

KGİ değeri, havuzda kalan “maddelerin toplam KGO ortalamasıdır. Bu ortalama değerin 0,42’den yüksek olması gerekmektedir. Doğum Uyum Ölçeği’nin DUÖDÖ versiyonundaki KGİ değeri 0,68, DUEÖ versiyonundaki KGİ değeri 0,95 olarak hesaplanmıştır. Her iki versiyon için belirlenen KGİ değerleri 0,42’den yüksek olduğu için ölçek istatistiksel açıdan anlamlı olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda kapsam (içerik) geçerliliği açısından her iki ölçekten herhangi madde çıkarılmamıştır.

4.1.3. Pilot uygulama

Araştırmada DUÖDÖ’nin pilot uygulaması, KEAH’nde araştırma kriterlerini karşılayan 30 lohusayla gerçekleştirilmiştir. DUEÖ’nin pilot uygulaması ise, DUÖDÖ pilot uygulamasına katılan 30 lohusayı takip eden ebe değerlendirmeleri verilerinden oluşmaktadır.

DUÖDÖ ve DUEÖ’ne yönelik yapılan pilot uygulama analizleri sonucunda ve katılımcılardan gelen geri bildirimler, sorular ve gözlemler dikkate alınarak araştırmacılar tarafından gerekli düzenlemeler yapılmış ve her iki taslak ölçeğe ait formlar güncellenmiştir (Tablo 4.6.; Tablo 4.7.)

4.1.3.1. Doğum uyumu öz değerlendirme ölçeğinin pilot uygulama analizi

Pilot araştırmayla DUÖDÖ’ye ilişkin güvenirlik analizi uygulanmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,894 olarak bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir (Tablo 4.6.)

Tablo 4. 6. DUÖDÖ’nin pilot uygulama analizi

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach alpha
1	253,3000	686,993	,167	,893
2	253,3000	683,569	,138	,895
3	253,1167	675,359	,097	,895
4	253,3333	683,887	,154	,895
5	252,9167	691,637	,151	,894
6	251,8667	697,134	,070	,894
7	252,3833	682,376	,501	,892
8	252,7167	668,952	,468	,890
9	252,8167	697,983	,345	,890
10	252,1833	687,712	,432	,892
11	251,8333	692,006	,591	,892
12	252,0000	677,119	,439	,891
13	252,1667	675,701	,498	,891
14	251,9500	677,743	,123	,895
15	252,9167	680,281	,213	,896
16	252,9500	689,608	,193	,895
17	252,2000	693,993	,101	,894

Tablo 4.6. DUÖDÖ'nin pilot uygulama analizi (devam ediyor)

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach alpha
18	251,9333	692,097	,450	,894
19	252,6833	705,644	,109	,896
20	252,8000	698,502	,024	,895
21	252,2167	678,139	,369	,892
22	252,2167	679,393	,353	,892
23	252,0333	675,829	,443	,891
24	252,1167	665,054	,121	,895
25	252,0000	674,339	,185	,891
26	252,0333	682,338	,133	,895
27	251,8667	671,812	,655	,890
28	252,0167	670,525	,437	,894
29	252,4000	682,447	,196	,894
30	252,3333	658,836	,167	,888
31	252,1333	672,389	,470	,891
32	253,1167	704,342	,075	,897
33	252,4000	675,939	,166	,892
34	252,4000	665,227	,552	,890
35	253,2833	681,596	,498	,895
36	252,9667	666,711	,103	,895
37	252,6667	673,684	,199	,895
38	252,6833	668,288	,464	,895
39	252,8833	692,308	,441	,895
40	252,3833	691,630	,179	,895
41	252,9667	689,931	,163	,894
42	252,8833	686,851	,150	,894
43	252,2667	690,979	,138	,894
44	251,7000	704,756	,097	,896
45	251,7167	693,122	,141	,894
46	251,7000	699,671	,011	,895
47	252,6500	690,367	,139	,894
48	252,6000	678,278	,435	,894
49	252,9000	714,600	,481	,898
50	252,4333	673,877	,110	,895
51	253,0500	706,862	,437	,896
52	253,2667	686,775	,586	,894
53	252,7167	678,986	,111	,894
54	253,1833	693,068	,135	,894
55	252,6000	693,532	,132	,894
56	252,6333	692,168	,155	,894
57	251,9500	701,472	,031	,895
58	253,5000	688,695	,480	,894
59	253,1667	688,514	,437	,894
60	253,3500	682,875	,396	,894
61	253,2833	686,545	,290	,894
62	253,4167	684,993	,290	,894
63	253,4167	695,773	,068	,895
64	252,8000	688,197	,278	,894
65	252,3333	676,226	,231	,894
66	252,1500	671,689	,121	,894
67	252,1167	690,037	,191	,894
68	252,7333	693,792	,078	,895
69	252,0667	679,792	,231	,895
70	252,2167	660,681	,269	,895
71	252,0500	674,658	,440	,891
72	252,1333	660,795	,697	,888
73	252,1333	662,219	,671	,889
74	251,9333	668,267	,147	,895
75	252,2000	659,892	,640	,889
76	251,5167	685,135	,331	,892

Maddelere verilen yanıtların maddeler arasında ve ölçek toplamı ile pozitif korelasyona sahip olması beklenir. Bu durum katılımcıların önermeleri doğru anladıklarını ve objektif yanıt verdiklerini göstermektedir. Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2011: 171; Tavşancıl, 2002). Madde analizi sonrası 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74 numaralı maddelerin toplam korelasyon değeri 0,3 altında olduğu için çıkartılmıştır. Bu kapsamda DUÖDÖ pilot uygulama sonrasında kalan madde sayısı 30 olarak güncellenmiştir (Tablo 4.6.).

4.1.3.2. Doğum uyumu ebe değerlendirme ölçeğinin pilot uygulama analizi

Pilot araştırmayla DUEÖDÖ'ne ilişkin güvenirlik analizi uygulanmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,949 olarak bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığı etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir (Tablo 4.7.).

Tablo 4. 7. DUEÖDÖ'nin pilot uygulama analizi

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha
1	72,9167	223,095	,851	,944
2	72,6833	231,983	,662	,947
3	72,8167	224,186	,869	,944
4	72,8167	238,661	,450	,950
5	73,0333	229,185	,721	,946
6	72,9333	223,318	,904	,943
7	73,6000	238,990	,446	,950
8	73,4500	225,099	,762	,945
9	73,0333	230,473	,740	,946
10	73,0000	231,017	,698	,946
11	73,0333	231,185	,691	,946
12	72,9667	235,762	,625	,947
13	72,9833	235,000	,601	,948
14	72,9833	234,932	,654	,947
15	73,4333	229,673	,661	,947
16	73,1000	241,142	,469	,949
17	73,0833	232,010	,727	,946
18	73,4667	233,270	,637	,947
19	73,2667	226,572	,738	,946
20	73,5333	229,846	,669	,947
21	73,1833	238,423	,527	,949
22	72,9333	246,368	,311	,951

Madde analizi incelendiğinde iç tutarlılığı olumsuz etkileyen madde bulunmadığı saptanmıştır. Bu kapsamda DÜEDÖ’nde pilot uygulama sonrasında 22 olarak belirlenen madde sayısı değişmemiştir (Tablo 4.7.).

4.1.4. Güvenilirlik analizleri

4.1.4.1. Madde analizi

4.1.4.1.1. Doğum uyumu öz değerlendirme ölçeği yönelik madde analizi

Saha araştırması sonrası DÜÖDÖ’ne ilişkin güvenilirlik analizi uygulanmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,942 olarak bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığı etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir (Tablo 4.8.).

Tablo 4. 8. DÜÖDÖ’nin madde analizi

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha
DUÖDÖ7	115,3700	400,388	,468	,941
DUÖDÖ8	115,5067	386,231	,732	,938
DUÖDÖ9	115,5800	392,318	,625	,939
DUÖDÖ10	115,2700	395,214	,645	,939
DUÖDÖ11	115,1367	397,476	,594	,940
DUÖDÖ12	115,3033	391,175	,703	,939
DUÖDÖ13	115,2933	390,435	,696	,939
DUÖDÖ18	115,1767	397,016	,580	,940
DUÖDÖ21	115,2800	393,587	,669	,939
DUÖDÖ22	115,2867	394,734	,650	,939
DUÖDÖ23	115,2700	390,385	,737	,938
DUÖDÖ27	115,1800	394,509	,685	,939
DUÖDÖ28	115,1344	391,412	,567	,939
DUÖDÖ31	115,3433	400,688	,522	,940
DUÖDÖ34	115,4300	395,985	,607	,940
DUÖDÖ35	115,3210	395,456	,589	,940
DUÖDÖ38	115,7167	396,779	,014	,943
DUÖDÖ39	115,5967	416,944	,080	,944
DUÖDÖ48	115,6400	397,910	,236	,943
DUÖDÖ49	115,9100	409,721	,246	,944
DUÖDÖ51	115,8200	407,352	,206	,945
DUÖDÖ52	116,1567	398,761	,426	,940
DUÖDÖ58	116,2633	399,552	,170	,946
DUÖDÖ59	115,9933	394,495	,170	,946
DUÖDÖ60	116,1067	394,838	,272	,945
DUÖDÖ71	115,3567	398,444	,540	,940
DUÖDÖ72	115,3500	398,222	,581	,940
DUÖDÖ73	115,4167	398,384	,560	,940
DUÖDÖ75	115,4433	396,896	,607	,940
DUÖDÖ76	115,2267	405,360	,357	,942

Madde analizi sonrası 38, 39, 48, 49, 51, 58, 59, 60 numaralı maddelerin toplam korelasyon değeri 0,3 altında olduğu için çıkartılmıştır. Madde analizi tekrar edilerek ölçeğin genel güvenirliği Cronbach Alpha=0,949 olarak çok yüksek bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir (Tablo 4.9.).

Tablo 4. 9. DUÖDÖ'nin madde analizi sonrası

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha
DUÖDÖ7	82,0267	235,565	,465	,949
DUÖDÖ8	82,1633	224,826	,728	,946
DUÖDÖ9	82,2367	231,191	,567	,948
DUÖDÖ10	81,9267	230,958	,667	,947
DUÖDÖ11	81,7933	232,185	,634	,947
DUÖDÖ12	81,9600	227,905	,723	,946
DUÖDÖ13	81,9500	226,770	,733	,946
DUÖDÖ18	81,8333	231,865	,617	,947
DUÖDÖ21	81,9367	230,060	,679	,947
DUÖDÖ22	81,9433	229,980	,693	,946
DUÖDÖ23	81,9267	227,045	,766	,945
DUÖDÖ27	81,8367	228,946	,762	,946
DUÖDÖ28	81,8467	230,010	,695	,946
DUÖDÖ31	82,0000	233,826	,592	,948
DUÖDÖ34	82,0867	230,701	,657	,947
DUÖDÖ35	82,3423	229,342	,546	,947
DUÖDÖ52	82,3423	230,343	,567	,947
DUÖDÖ71	82,0133	231,498	,626	,947
DUÖDÖ72	82,0067	231,204	,678	,947
DUÖDÖ73	82,0733	231,647	,642	,947
DUÖDÖ75	82,1000	231,441	,657	,947
DUÖDÖ76	81,8833	236,933	,433	,950

Madde analizi incelendiğinde iç tutarlılığı olumsuz etkileyen madde bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9.).

4.1.4.1.2. Doğum uyumu ebe değerlendirme ölçeğinin yönelik madde analizi

Saha araştırma sonrası DUEÖDÖ'ne ilişkin güvenirlik analizi uygulanmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,937 olarak bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10. DUEDÖ'nin madde analizi

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha
DUEDÖ1	77,0733	198,824	,786	,931
DUEDÖ2	77,0067	202,482	,713	,933
DUEDÖ3	77,0167	199,167	,809	,931
DUEDÖ4	77,0600	203,435	,626	,934
DUEDÖ5	77,2967	199,092	,702	,933
DUEDÖ6	77,0467	201,249	,758	,932
DUEDÖ7	77,4000	204,548	,476	,937
DUEDÖ8	77,5567	202,194	,637	,934
DUEDÖ9	77,1000	201,649	,788	,932
DUEDÖ10	77,0567	204,348	,700	,933
DUEDÖ11	77,0433	204,784	,719	,933
DUEDÖ12	76,9567	208,577	,565	,935
DUEDÖ13	77,0867	206,374	,563	,935
DUEDÖ14	77,1600	209,011	,547	,935
DUEDÖ15	77,3333	201,828	,653	,933
DUEDÖ16	77,3900	213,128	,245	,941
DUEDÖ17	77,2767	205,605	,632	,934
DUEDÖ18	77,3533	203,166	,608	,934
DUEDÖ19	77,3700	199,277	,670	,933
DUEDÖ20	77,3467	199,792	,697	,933
DUEDÖ21	76,9800	208,615	,416	,937
DUEDÖ22	76,6600	211,008	,403	,937

Madde analizi incelendiğinde iç tutarlılığı olumsuz etkileyen madde bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10.).

4.1.4.2. Test yarılama yöntemi

Test yarılama yöntemi ile bir test bir gruba tek seferde uygulanmaktadır. Ardından bu test rastgele olarak iki eşit yarıya ayrılmakta ve her bir yarı için grubun toplam puanları hesaplanmaktadır. Her bir yarı test için hesaplanan puanlar arasındaki korelasyon, iki test arasındaki tutarlılığı göstermektedir (Baykul, 2015; Çarkcı, 2020).

DUÖDÖ'nin yarıya bölme güvenirlik değeri Guttman Split-Half Coefficient=0,816; DUEDÖ'nin yarıya bölme güvenirlik değeri Guttman Split-Half Coefficient=0,838 olarak yüksek bulunmuştur.

4.1.4.3. Test-tekrar test

Test-tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının, belirli bir zaman dilimi içinde bir örneklem grubuna tekrar uygulanmasıdır. Yurdabakan (2008)'a göre, “iki uygulama arasında geçen zaman içerisinde ölçülen özellikte önemli değişikliğin olmaması”

olarak tanımlanmaktadır. Deneyisel araştırmalarda sıklıkla kullanılan bu yöntem, aynı grubuna iki kere uygulanan ölçek puanları arasında devamlılık ve kararlılık katsayısı olarak da bilinmektedir. (Baykul, 2015; Çarkıcı, 2020).

Tablo 4. 11. DUÖDÖ Test-Tekrar Test (n=53)

Ölçümler	Test		Tekrar		t*	p	ICC**	p
	Ort	Ss	Ort	Ss				
DUÖDÖ Toplam	3,666	0,571	3,684	0,597	-0,953	0,345	0,915	0,000
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	3,653	0,656	3,662	0,672	-0,444	0,659	0,911	0,000
Doğum Ortamı Uyumu	3,681	0,653	3,693	0,680	-0,629	0,532	0,908	0,000

*Bağımlı Grup T-Testi, **Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

Araştırmanın DUÖDÖ test tekrar test 53 gebe ile yapılmıştır. DUÖDÖ ile test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir ölçüm yaptığı söylenebilir (Tablo 4.11.).

Tablo 4. 12. DUEDÖ Test-Tekrar Test (n=53)

Ölçümler	Test		Tekrar		t*	p	ICC**	p
	Ort	Ss	Ort	Ss				
DUEDÖ Toplam	3,49	0,66	3,51	0,69	-0,808	0,423	0,903	0,000

*Bağımlı Grup T-Testi, **Intraclass Correlation Coefficient

Araştırmanın DUEDÖ test tekrar test ölçümü 53 gebenin doğumunu takip ettiği ebe değerlendirme verileri üzerinden yapılmıştır. DUEDÖ ile test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir ölçüm yaptığı söylenebilir (Tablo 4.12.).

4.1.5. Geçerlilik analizleri

Yapı geçerliliği “doğrudan ölçülemeyen bir özelliği kullanılan ölçüm aracının ölçme derecesi” olarak ifade edilmektedir (Alpar, 2013). Araştırmada ölçeğin her iki versiyonuna ait yapı geçerliliğinin ortaya koymak için yapı geçerliği analizi, “Açımlayıcı (Açıklayıcı) Faktör Analizi (AFA)” ve “Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)” olmak üzere iki şekilde yapılmıştır.

4.1.5.1. Açımlayıcı faktör analizi

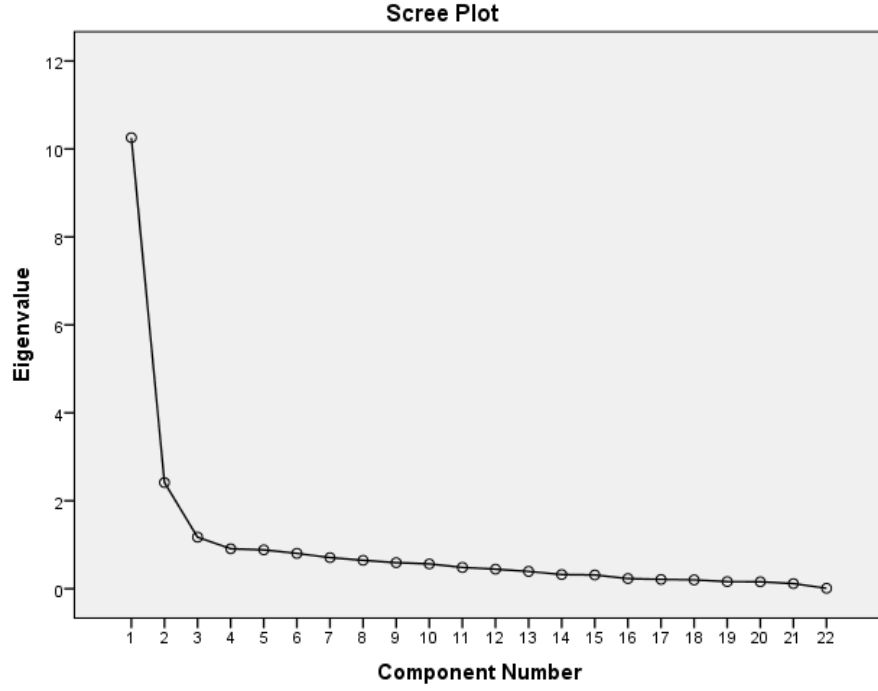
4.1.5.1.1. Doğum uyumu öz değerlendirme ölçeği açımlayıcı faktör analizi

Araştırmanın DUÖDÖ'nin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açımlayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır (Tablo 4.13.; Şekil 4.1.).

Tablo 4. 13. DUÖDÖ'nin faktör yapısı

Boyut	Faktör Yüğü
Ebe-gebe ilişkisi uyumu (Özdeğer=10,257; Açıklanan Varyans=32,397; Cronbach Alpha=0,930)	
DUÖDÖ 73 Ebemin doğuma yönelik verdiği tüm yönergeleri yerine getirdim	0,846
DUÖDÖ 75 Ebemin öğrettiği teknikleri kasılmalarım boyunca (nefes, solunum egzersizi gibi) doğru şekilde kullandım.	0,690
DUÖDÖ 71 Ebemin doğum süreci boyunca beni vajinal muayene etmesine izin verdim.	0,796
DUÖDÖ 72 Doğumda bana düşen sorumlulukları yerine getirdim.	0,882
DUÖDÖ 27 Doğumun her aşamasında ebemle iş birliği içindeydim.	0,691
DUÖDÖ 31 Ebem tarafımdan bilgilendirilmek doğumda beni daha uyumlu hale getirdi.	0,517
DUÖDÖ 28 Doğum süreci boyunca ebemin telkinleri beni cesaretlendirdi.	0,566
DUÖDÖ 8 Doğumun her aşamasında ebeme güvendim.	0,755
DUÖDÖ 76 Doğum süreci boyunca ebemle iyi bir iletişim kurdum.	0,690
DUÖDÖ 34 Doğum süreci boyunca duygu ve düşüncelerimi düzgün ifade edebildim.	0,767
DUÖDÖ 35 Doğuma yönelik olumsuz duygularımın (korku, endişe...vb) üstesinden geldim.	0,765
DUÖDÖ 52 Doğum sürecinde oluşan her yeni durumda panik oldum.	0,423
Doğum ortamı uyumu (Özdeğer=2,415; Açıklanan Varyans=25,202; Cronbach Alpha=0,916)	
DUÖDÖ 9 Doğum salonunda bulunan eşyalar (tablo, biblo ve yapay bitki gibi) doğum uyumumu kolaylaştırdı.	0,775
DUÖDÖ10 Doğum salonunda kişisel eşyalarımı koyacağım bir yer olması adaptasyonumu hızlandırdı.	0,752
DUÖDÖ 23 Doğum salonunu yeterince tanımak, beni daha uyumlu hale getirdi.	0,741
DUÖDÖ 13 Doğum salonunda istediğim şekilde dolaşabildim.	0,739
DUÖDÖ 22 Doğum salonunda vakit geçirdikçe ortama alışmış hissettim.	0,721
DUÖDÖ 21 Doğum salonunun düzen ve işleyişinden memnun kaldım.	0,695
DUÖDÖ 7 Doğum salonuna girdiğimde ortamın bana tanıtılması (tuvalet, banyo...vb.) doğum uyumumu arttırdı.	0,676
DUÖDÖ 12 Doğum odasının şartlarını (ısı, ışık ve havalandırma gibi) kontrol edebilmek doğum uyumumu arttırdı.	0,675
DUÖDÖ 11 Doğum salonunda mahremiyetimi koruyup sürdürebildim.	0,633
DUÖDÖ 18 Ben doğumdayken ailemin rahatça bekleyebileceği bir alanda bulunması beni rahatlatı.	0,554
Toplam Varyans=%57,599; Cronbach Alpha=0,949; $\chi^2=5447,585$, p=0,000	

DUÖDÖ'ye yönelik yapılan Barlett testi sonucunda $\chi^2=5447,585$, p=0,000 (p<0,05) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda (KMO=0,902>0,60) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında temel bileşen analizlerinden varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %57,599 olan iki faktör altında toplanmıştır (Tablo 4.13.).



Şekil 4. 1. Doğum uyum öz değerlendirme ölçeğine ait faktör saçılım grafiği

DUÖDÖ'nin faktör saçılım (scree plot) grafiği Şekil 4. 1.'de verilmektedir. Faktör saçılım grafiği incelendiğinde ikinci faktörden sonra kırılımın düzgünleştiği görülmektedir. Bu bulguya ölçeğin iki faktörlü olduğunu saptanmıştır. Güvenirliliğine ilişkin bulunan Cronbach Alpha ve açıklanan varyans değerine göre DUÖDÖ'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır.

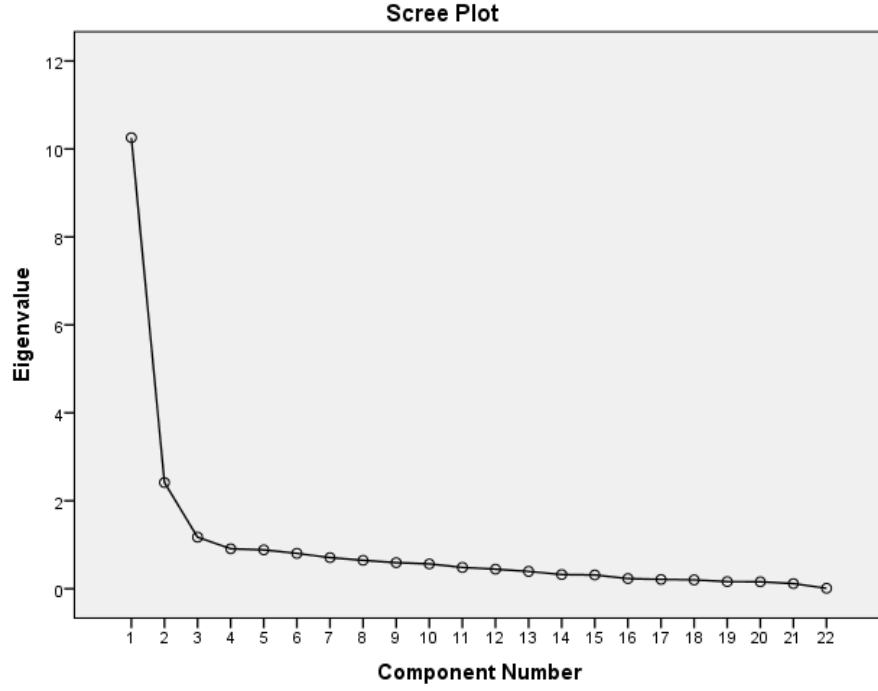
4.1.5.1.2. Doğum uyumu ebe değerlendirme ölçeği açımlayıcı faktör analizi

Araştırmanın DUEDÖ'ye yönelik yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açımlayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır (Tablo 4.14.; Şekil 4.2.).

Tablo 4. 14. DUEDÖ'nin faktör yapısı

Madde ifadeleri	Faktör Yükleri
DUEDÖ 3 Doğumda kendine düşen sorumlulukları yerine getirdi.	,871
DUEDÖ 1 Doğuma yönelik verdiğim yönergeleri yerine getirdi.	,851
DUEDÖ 9 Doğumda kendisiyle ilgili eleştirilerimi dikkate aldı.	,838
DUEDÖ 6 Doğumun her aşamasında benimle iş birliği içindeydi.	,801
DUEDÖ 2 Travay sürecinde kendisini vajinal muayene etmeme izin verdi.	,784
DUEDÖ 10 Doğum salonuna girdiği ilk andan itibaren benimle sağlıklı bir iletişim kurdu.	,772
DUEDÖ 5 Kasımları varken bile söylenenleri duyabildi	,739
DUEDÖ 20 Doğum ilerledikçe sabırlı davrandı	,728
DUEDÖ 19 Doğum sırasında kontrolünü kaybetmedi	,707
DUEDÖ 4 Doğum süreci boyunca duygu ve düşüncelerini düzgün ifade etti.	,684
DUEDÖ 15 Doğum kasımları sırasında öğrettiğim teknikleri (nefes, solunum egzersizi.vb) kullandı.	,679
DUEDÖ 8 Doğum sürecinde olumsuz duygularının (korku, endişe...vb) üstesinden gelebildi	,660
DUEDÖ 18 Doğumun fizyolojisine inandı.	,652
DUEDÖ 12 Doğum salonuna girdiğinde ortamın ona tanıtılması (tuvalet, banyo...vb) doğum uyumunu arttırdı.	,627
DUEDÖ 14 Doğum salonunda kişisel eşyalarını koyacağı bir yer olması adaptasyonunu hızlandırdı.	,608
DUEDÖ 13 Doğum salonuna girdiğinde çalışan personelin kendini tanıtması onu daha uyumlu hale getirdi.	,604
DUEDÖ 7 Doğum sürecinde oluşan her yeni durumda panik oldu.	,475
Toplam Varyans=%51,513; Özdeğer=8,757; Cronbach Alpha=0,937; $\chi^2=3353,379$ p= 0,000	

DUEDÖ'ye yönelik yapılan Barlett testi sonucunda $\chi^2=3353,379$; $p=0,000$ ($p<0,05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=0,938>0,60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. 11, 16, 17, 21, 22 numaralı maddeler eş yükleme olduğundan çıkartılmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %51,513 olan tek faktör altında toplanmıştır (Tablo 4.14.).



Şekil 4. 2. Doğum uyumu ebe değerlendirme ölçeğine ait faktör saçılım grafiği

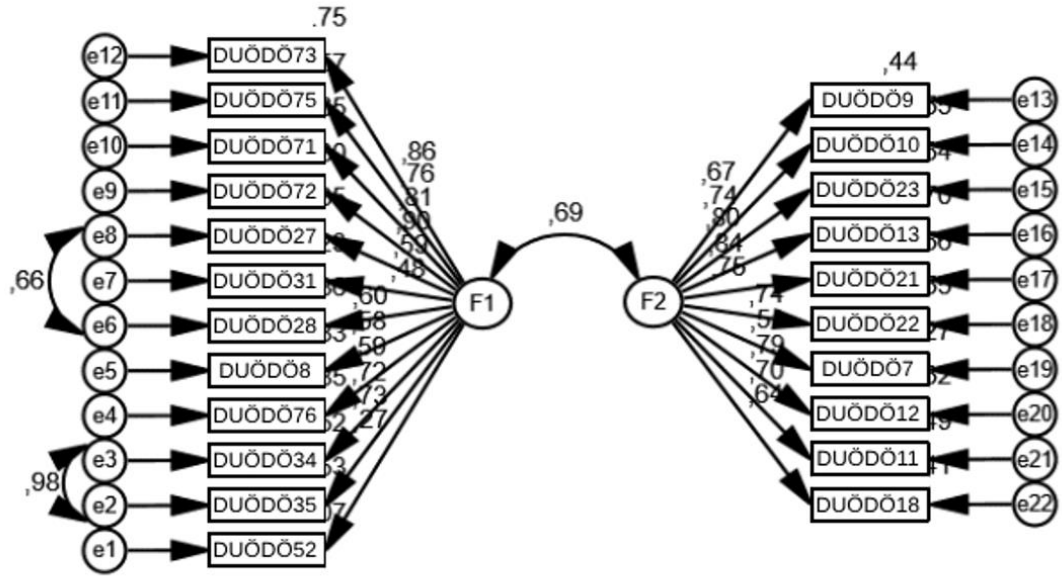
DUEDÖ'nin faktör saçılım (scree plot) grafiği Şekil 4.2.'de verilmektedir. Faktör saçılım grafiği incelendiğinde birinci faktörden sonra kırılımın düzgünleştiği görülmektedir. Bu bulguya ölçeğin tek faktörlü olduğunu saptanmıştır. Güvenirliğine ilişkin bulunan Cronbach Alpha ve açıklanan varyans değerine göre DUEDÖ'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır.

4.1.5.2. Doğrulayıcı faktör analizi

Açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktör yapısı DFA ile test edilmiştir. DFA, gözlenen (observed) değişkenler ile gizli (Latent) değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçebilen yapısal eşitlik modelinin bir türüdür (Brown, 2006). Çalışmada literatürde bulunan araştırmalarda en sık kullanılan uyum iyiliği indeksleri kullanılmıştır.

4.1.5.2.1. Doğum uyumu öz değerlendirme ölçeği doğrulayıcı faktör analizi

“Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği”nin DFA analizine ilişkin diyagram aşağıda belirtilmektedir (Şekil 4.3.).



Şekil 4. 3. Doğum uyumu öz değerlendirme ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagramı

Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği kriterleri aşağıda verilmektedir (Tablo 4.15.).

Tablo 4. 15. DUÖDÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
χ^2/sd	<2	<5	4,56
GFI	>0,95	>0,90	0,90
AGFI	>0,95	>0,90	0,90
CFI	>0,95	>0,90	0,91
RMSEA	<0,05	<0,08	0,06
RMR	<0,05	<0,08	0,07

*, ** Şimşek, 2007; Hooper & Mullen, 2008; Schumacker & Lomax, 2010; Waltz vd., Strickland & Lenz, 2010; Wang & Wang, 2012; Sümer, 2000; Tabachnick & Fidel, 2007.

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır. Standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri aşağıda verilmektedir (Tablo 4.16.).

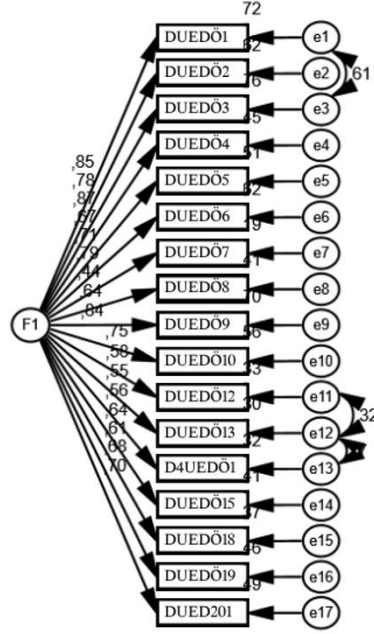
Tablo 4. 16. DUÖDÖ'nin faktör yükleri

Maddeler ve Faktörler			β	Std. β	S.Hata	t	p
DUÖDÖ52	<---	F1	1,000	,486			
DUÖDÖ35	<---	F1	2,607	,725	,574	4,541	p<0,001
DUÖDÖ34	<---	F1	2,608	,724	,574	4,540	p<0,001
DUÖDÖ76	<---	F1	2,175	,590	,496	4,386	p<0,001
DUÖDÖ8	<---	F1	2,415	,575	,554	4,364	p<0,001
DUÖDÖ28	<---	F1	2,121	,600	,482	4,401	p<0,001
DUÖDÖ31	<---	F1	1,624	,482	,388	4,184	p<0,001
DUÖDÖ27	<---	F1	2,007	,589	,458	4,385	p<0,001
DUÖDÖ72	<---	F1	3,060	,896	,658	4,653	p<0,001
DUÖDÖ71	<---	F1	2,917	,806	,634	4,603	p<0,001
DUÖDÖ75	<---	F1	2,628	,757	,575	4,567	p<0,001
DUÖDÖ73	<---	F1	3,030	,864	,653	4,637	p<0,001
DUÖDÖ9	<---	F2	1,000	,667			
DUÖDÖ10	<---	F2	,970	,741	,084	11,506	p<0,001
DUÖDÖ23	<---	F2	1,101	,802	,089	12,309	p<0,001
DUÖDÖ13	<---	F2	1,212	,838	,095	12,773	p<0,001
DUÖDÖ21	<---	F2	1,008	,749	,087	11,618	p<0,001
DUÖDÖ22	<---	F2	,982	,741	,085	11,505	p<0,001
DUÖDÖ7	<---	F2	,727	,515	,088	8,287	p<0,001
DUÖDÖ12	<---	F2	1,100	,787	,091	12,118	p<0,001
DUÖDÖ11	<---	F2	,907	,702	,083	10,982	p<0,001
DUÖDÖ18	<---	F2	,865	,642	,085	10,149	p<0,001

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır.

4.1.5.2.2. DUEÖ doğrulayıcı faktör analizi

“Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”nin AFA ile elde edilen faktör yapısı DFA ile test edilmiştir. DFA ilişkin diyagram aşağıda verilmektedir (Şekil 4.4.)



Şekil 4. 4. Doğum uyumu ebe değerlendirme ölçeği'nin faktör analizine ilişkin diyagram

Doğrulatoryıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği kriterleri aşağıda verilmektedir
Tablo (4.17.)

Tablo 4. 17. DUEĞÖ doğrulatoryıcı faktör analizi indeks değeri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
χ^2/sd	<2	<5	4,01
GFI	>0,95	>0,90	0,90
AGFI	>0,95	>0,90	0,90
CFI	>0,95	>0,90	0,91
RMSEA	<0,05	<0,08	0,06
RMR	<0,05	<0,08	0,06

*, ** Kaynaklar: (Şimşek, 2007; Hooper and Mullen 2008; Schumacker and Lomax, 2010; Waltz, Strickland and Lenz 2010; Wang and Wang, 2012; Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidel, 2007).

Analiz sonuçları, doğrulatoryıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır. Standardize edilmiş faktör yükleri, t değeri aşağıda verilmektedir (Tablo 4.18.).

Tablo 4. 18. DUEÖ faktör yükleri

Maddeler ve Faktörler	β	Std. β	S.Hata	t	p
DUEÖ1 <--- F1	1,000	,848			
DUEÖ2 <--- F1	,858	,784	,052	16,528	p<0,001
DUEÖ3 <--- F1	,984	,869	,031	31,490	p<0,001
DUEÖ4 <--- F1	,790	,673	,060	13,213	p<0,001
DUEÖ5 <--- F1	,921	,713	,064	14,337	p<0,001
DUEÖ6 <--- F1	,863	,787	,052	16,600	p<0,001
DUEÖ7 <--- F1	,619	,439	,079	7,850	p<0,001
DUEÖ8 <--- F1	,786	,640	,064	12,366	p<0,001
DUEÖ9 <--- F1	,869	,837	,047	18,368	p<0,001
DUEÖ10 <--- F1	,761	,751	,049	15,478	p<0,001
DUEÖ12 <--- F1	,554	,578	,051	10,855	p<0,001
DUEÖ13 <--- F1	,593	,548	,058	10,156	p<0,001
DUEÖ14 <--- F1	,539	,563	,051	10,497	p<0,001
DUEÖ15 <--- F1	,786	,643	,063	12,428	p<0,001
DUEÖ18 <--- F1	,745	,609	,064	11,598	p<0,001
DUEÖ19 <--- F1	,907	,678	,068	13,370	p<0,001
DUEÖ20 <--- F1	,887	,702	,063	14,018	p<0,001

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır.

4.1.5.3. %27 alt- %27 üst grup karşılaştırması

Ölçeğin aşırı uçtaki iki grubu (alt ve üst %27'lik gruplar) birbirinden açıkça ayırt etmesi beklenir (Tezbaşaran, 2008). Araştırmada DUEÖ ve DUEÖ'nin %27 alt-%27 üst grup karşılaştırmaları aşağıda verilmiştir (Tablo 4.19.; Tablo 4.20.).

Tablo 4. 19. DUEÖ'nin alt-üst %27 gruplarına göre farklılaşma durumu

Gruplar	Alt %27 (n=81)		Üst %27 (n=81)		t*	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
DUEÖ Toplam	3,02	0,71	4,24	0,35	-13,805	160	0,000
Ebe-gebe ilişkisi Uyumu	2,89	0,74	4,14	0,34	-13,659	160	0,000
Doğum Ortamı Uyumu	3,17	0,81	4,35	0,56	-10,743	160	0,000

*Bağımsız Gruplar T-Testi

Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyutları puanlarının alt %27 ile üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır(p<0,05). Bu sonuçlara göre DUEÖ'nin ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.19.).

Tablo 4. 20. DUEDÖ'nin alt-üst %27 gruplarına göre farklılaşma durumu

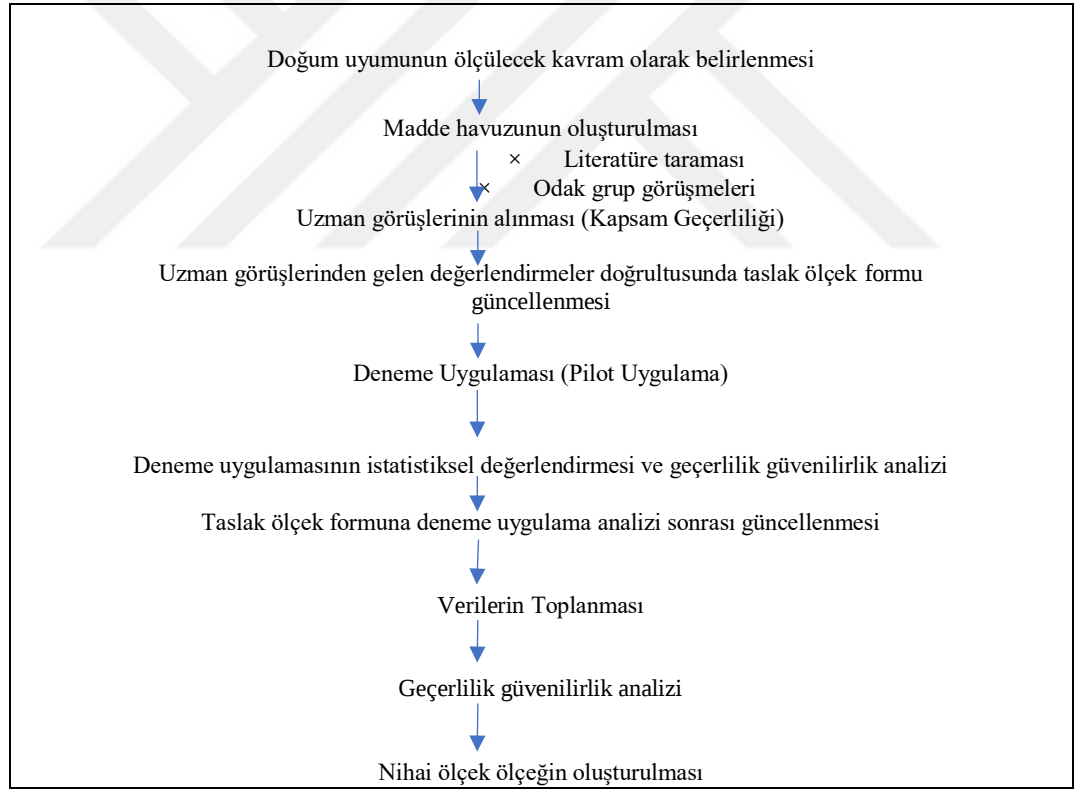
Gruplar	Alt %27 (n=81)		Üst %27 (n=81)		t*	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
DUEDÖ toplam	2,67	0,53	4,41	0,30	-25,349	160	0,000

*Bağımsız Gruplar T-Testi

DUEDÖ puanlarının alt %27 ile üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0,05$). Bu sonuçlara göre DUEDÖ'nin ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.20.).

4.1.6. Ölçek geliştirme sürecinin raporlanması

Geçerlik ve güvenirlik şartlarını sağlandıktan sonra maddelerin nihai ölçekte yer alabilir nitelikte olduğu aşağıdaki şekilde gösterildiği gibi ortaya konulmuştur (Şekil 4.5; EK-12; EK-13).



Şekil 4. 5. Doğum uyumu öz değerlendirme ölçeği ve Doğum uyumu ebe değerlendirme ölçeği'nin geliştirilme aşamaları

4.1.6.1. Ölçeğin puanlanması

“Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”ndeki maddeler “1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 kararsızım, 4 katılıyorum, 5 tamamen katılıyorum” olarak puanlanmaktadır. Her iki ölçek geneli ve alt boyutlarına ait puanların hesaplanmasında aritmetik ortalama kullanılmaktadır. Her iki ölçek alt boyutlarından ve genelinden elde edilen puan aralıklarının eşdeğer olması sağlanmıştır. DUÖDÖ ve DUEÖDÖ’den alınabilecek puanlar 1 ile 5 arasında değişmektedir. Her iki ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların yükselmesi doğum uyum düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçek puan dağılım aralığının hesaplanması amacıyla, Dağılım aralığı=En büyük değer- En küçük değer/ Derece sayısı formülü kullanılmıştır. Bu aralık 4 puanlık genişliğe sahiptir. Bu genişlik beş eşit genişliğe bölünerek 1,00- 1,79 arası “uyumsuz”, 1,80- 2,59 arası “düşük uyumlu”, 2,60- 3,39 arası “orta uyumlu”, 3,40-4,19 arası “uyumlu”, 4,20-5,00 arası “yüksek uyumlu” olarak sınır değerleri belirlenmiştir (Sümbüloğlu, 1993).

4.2. Geliştirilen Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikleri

“Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”ne yönelik tanımlayıcı istatistikler aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4. 21. Katılımcıların DUÖDÖ’ne göre uyum düzeyleri

Uyum düzeyleri	n	%
Uyumsuz	1	0,3
Düşük uyumlu	36	12
Orta uyumlu	36	12
Uyumlu	172	57,3
Yüksek uyumlu	55	18,3
Toplam	300	100

Tablo 4.21.’de araştırma kapsamında kadınların kendi bakış açılarına göre doğum uyum düzeyleri verilmiştir. Buna göre sırasıyla kadınların sırasıyla %57,3’ü uyumlu, %18,3’ü yüksek uyumlu, %12,0 orta uyumlu, %12,0 düşük uyumlu olarak saptanmıştır.

Tablo 4. 22. Katılımcıların DUEDÖ'ne göre uyum düzeyleri

Uyum düzeyleri	n	%
Uyumsuz	4	1,3
Düşük uyumlu	35	11,7
Orta düzey uyumlu	45	15,0
Uyumlu	165	55,0
Yüksek uyumlu	51	17,0
Toplam	300	100

Tablo 4.22' de ise aynı doğum yapan kadınların doğum uyum düzeyleri, doğumunu takip ettiği ebesinin bakış açısıyla verilmiştir. Buna göre sırasıyla kadınları takip eden ebelerin bakış açısına göre sırasıyla %55,0 uyumlu, %17,0'ı yüksek uyumlu, %15,0 orta uyumlu, %11,7 düşük uyumlu olduğu görülmektedir.

Gebelerin doğum uyumuna yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır (Tablo 4.23.).

Tablo 4. 23. DUÖDÖ ve DUEDÖ'nin toplam ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaların dağılımı

Ölçek toplam ve alt boyutları	Madde Sayısı	Ölçek Min-Maks.	Ort	Ss	Min.	Medyan	Maks.
DUÖDÖ Toplam	22	1-5	3,690	0,681	1,77	3.863	4,73
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	12	1-5	3,635	0,702	1,92	3.833	5
Doğum Ortamı Uyumu	10	1-5	3,757	0,768	1,6	3.900	5
DUEDÖ Toplam	17	1-5	3,647	0,733	1,24	3.794	4,88

Gebelerin DUÖDÖ toplam" puan ortalaması yüksek $3,690 \pm 0,681$ (Min=1,77; Maks=4,73), ebe-gebe ilişkisi uyumu puan ortalaması yüksek $3,635 \pm 0,702$ (Min=1,92; Maks=5,00), doğum ortamına uyumu puan ortalaması yüksek $3,757 \pm 0,768$ (Min=1,60; Maks=5,00), DUEDÖ toplam puan ortalaması yüksek $3,647 \pm 0,733$ (Min=1,24; Maks=4,88) olarak saptanmıştır (Tablo 4.23.).

Tablo 4. 24. DUÖDÖ ve DUEDÖ toplam ve alt boyutları puanları arasında korelasyon analizi

Ölçek toplam ve alt boyutları	DUÖDÖ Toplam		Ebe-gebe İlişkisi Uyumu		Doğum Ortamı Uyum		DUEDÖ Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
DUÖDÖ Toplam								
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	0,936**	0,000*						
Doğum Ortamı Uyumu	0,923**	0,000*	0,729**	0,000*				
DUEDÖ Toplam	0,757**	0,000*	0,767**	0,000*	0,635**	0,000*		

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.24'te DUÖDÖ ve DUEDÖ toplam ve alt boyutları puanları arasındaki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre; DUÖDÖ ile DUEDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü yüksek anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,757$; $p=0,000$).

4.3. Araştırmanın İkinci Aşamasına Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 4. 25. Değişkenlerinin normal dağılımı

NDİÖ	Kurtosis	Skewness
NDİÖ toplam ön test	0,976	0,856
NDİÖ toplam son test	-0,330	0,402
DUÖDÖ Toplam	-0,779	0,332
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	-0,806	0,425
Doğum Ortamına Uyum	-0,942	0,277
DUEDÖ toplam	-1,053	-0,220

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1,5 ile -1,5, +2,0 ile -2,0 arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (George & Mallery, 2010; Tabachnick & Fidell, 2013). Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.25.). Verilerin analizinde parametrik yöntemler

kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Grup içi tekrarlı ölçümlerin değişimleri bağımlı gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4. 26. Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişken		Müdahale (n=40)		Kontrol(n=40)		Toplam (n=80)		p
		n	%	n	%	n	%	
Yerleşim Yeri	İl	24	60,0	19	47,5	43	53,8	X2=1,275*
	İlçe	11	27,5	14	35,0	25	31,2	p=0,529
	Belde/köy	5	12,5	7	17,5	12	15,0	
Eğitim Durumu	İlkokul	1	2,5	2	5,0	3	3,8	
	Ortaokul	4	10,0	6	15,0	10	12,5	X²=1,333*
	Lise	9	22,5	6	15,0	15	18,8	p=0,721
	Üniversite ve üzeri	26	65,0	26	65,5	52	56,2	
Eşin Eğitim Durumu	İlkokul	4	10,0	3	7,5	7	8,8	
	Ortaokul	4	10,0	5	12,5	9	11,3	X²=4,179*
	Lise	12	30,0	5	12,5	17	21,3	p=0,243
	Üniversite ve üzeri	20	50,0	27	67,5	47	58,8	
Eşin Çalışma Durumu	Evet	37	92,5	33	82,5	70	87,5	X²=1,829*
	Hayır	3	7,5	7	17,5	10	12,5	p=0,155
Aile Tipi	Çekirdek	38	95,0	38	95,0	76	95,0	X²=0,000
	Geniş	2	5,0	2	5,0	4	5,0	p=0,692
Gelir Seviyesi	Düşük	17	42,5	19	47,5	38	45,0	
	Orta	16	40,0	17	42,5	33	41,2	X2=0.960*
	Yüksek	7	17,5	4	10,0	11	13,8	p=0,619
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	p
Yaş		25,80	4,09	25,88	4,08	25,84	4,06	0,935**
Eşin Yaşı		27,73	3,75	27,68	3,69	27,70	3,69	0,952**

*Ki-Kare Analizi (p<0,05); **Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 4.26.'da müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Müdahale grubunda yer alan gebelerin yaş ortalaması 25,8±4,09'dır ve %60,0'ı il merkezinde yaşamaktadır. Müdahale grubunda yer alan gebelerin %65,0'nın eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olduğu, %42,5'inin gelir seviyesini düşük düzey olarak ifade ettiği, %95,0'mın çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin ise yaş ortalaması 25,8±4,08'dır ve % 47,5'i il merkezinde yaşamaktadır. Kontrol

grubundaki gebelerin eğitim düzeyi %65,5'i üniversite ve üzeri, gelir seviyesi %47,5'i düşük, aile tipi % 95,0'nın çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmektedir. Gruplar yaşanılan yere ($X^2=1,275$; $p=0,529$), eğitim durumuna ($X^2=1,333$; $p=0,721$), aile tipine ($X^2=0,000$; $p=0,692$), gelir düzeyinde ($X^2=6,960$; $p=0,619$) göre anlamlı farklılık göstermemekte iken, anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Müdahale grubu ile kontrol grubunun benzer olduğu görülmüş, her iki grup arasında demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 27. Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı

Değişken		Müdahale (n=40)		Kontrol (n=40)		Toplam (n=80)		p
		n	%	n	%	n	%	
Planlı Gebelik Durumu	Evet	29	72,5	24	60,0	53	66,3	$X^2=1,398$
	Hayır	11	27,5	16	40,0	27	33,8	$p=0,237$
Doğum Sonuçlanma biçimi	Vajinal	19	47,5	14	35,0	33	41,3	$X^2=1,289$
	Sezaryen	21	52,5	26	65,0	47	58,8	$p=0,256$
Doğuma Yönelik Bilgi Varlığı	Evet	22	55,0	18	45,0	37	46,2	$X^2=1,167$
	Hayır	13	32,5	17	42,5	24	30,0	$p=0,558$
	Kısmen	5	12,5	5	12,5	19	23,8	
Doğuma Yönelik Bilgi Edinme Kaynakları**	Doktor	3	11,1	2	8,70	5	10,0	$X^2=0,463$ $p=0,777$
	Ebe/Hemşire	20	74,1	14	60,9	34	68,0	$X^2=2,896$ $p=0,318$
	Arkadaş Komşu	6	22,2	4	17,4	10	20,0	$X^2=0,181$ $p=0,670$
	Akraba							
	Kitle İletişim Araçları	18	66,7	11	47,8	15	26,8	$X^2=1,810$ $p=0,179$
	Gebe Eğitim Kitapları	1	3,70	0	0,00	1	1,80	$X^2=0,869$ $p=0,351$
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	p
Gebelik Haftası		32,65	3,57	31,3	4,13	32,0	3,89	0,137
Doğum Haftası		39,08	0,94	39,1	0,98	39,1	0,95	0,908
Doğumhanede Geçirilen Süre (saat)		13,72	10,25	16,7	10,78	15,2	10,56	0,206

*Ki-Kare Analizi ($p<0,05$) ; Bağımsız Gruplar T-Testi, **Birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 4.27.'de müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundakilerin gebelik haftası ortalaması $32,65 \pm 3,57$, kontrol grubunda yer alan gebelerin ise $31,35 \pm 4,13$ 'dür. Müdahale grubundaki gebelerin doğum haftası ortalaması $39,08 \pm 0,94$; kontrol grubundaki $39,1 \pm 0,98$ olarak belirlenmiştir. Doğumhane geçirdikleri sürelerin ortalamalarına bakıldığında ise, müdahale grubunun $13,72 \pm 10,25$, kontrol grubunun $15,22 \pm 10,56$ 'dır. Müdahale grubundaki gebelerin %72,5'inin ve kontrol grubundaki gebelerin %60,0'mın gebeliği istediği belirlenmiştir. Doğum şekilleri müdahale grubunda %52,5, kontrol grubundaki gebelerin %65,0 düzeyinde sezaryen olarak sonuçlanmıştır ($X^2=1,289$; $p=0,256$). Müdahale grubundaki gebelerden %55,0'inin kontrol grubundakilerden %45,5' inin doğuma yönelik bilgi aldığı belirlenmiş olup ($X^2=1,167$; $p=0,558$) her iki grubun da en çok ebe/hemşirelerden bilgi aldıkları tespit edilmiştir ($X^2=2,896$; $p=0,318$). Müdahale grubu ile kontrol grubunun benzer olduğu görülmüş, her iki grup arasında obstetrik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 28. Gebelerin NDİÖ'nden aldıkları toplam ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Müdahale (n=40)	Kontrol (n=40)	^aTest ve p Değeri
NDİÖ Toplam	Ort±SS	Ort±SS	
Ön Test	79,92 ±5,92	79,97±6,25	$t=-0,771$ $p=0,443$
Son Test	85,32±9,76	78,77±7,85	$t=3,305$ $p=0,001$
^bTest ve p Değeri	$t=-3,183$ $p=0,003$	$t=0,983$ $p=0,332$	

^a Bağımsız gruplar T-Testi; ^bBağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 4.28.'e göre Müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ön test NDİÖ toplam puan ortalamalarına kıyaslandığında; müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sanal doğumhane ziyareti öncesinde puan ortalamaları arasında fark olmadığı, her iki grupta da normal doğuma ilişkin benzer inanç olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sanal doğumhane ziyareti sonrasında puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir

($t=3,305$; $p=0,001$). Buna göre müdahale grubunda; NDİÖ toplam ön test değerine ($79,92 \pm 5,92$) göre NDİÖ toplam son test değerinde ($85,32 \pm 9,76$) artış bir anlamlı saptanmıştır ($t=-3,183$; $p=0,003$). Kontrol grubunda ise NDİÖ toplam ön test değerine ($79,97 \pm 6,25$) göre NDİÖ toplam son test değerindeki ($78,77 \pm 7,85$) düşüş anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.28.).

Tablo 4. 29. Gebelerin ön test- son test normal doğuma inanç düzeylerinin karşılaştırılması

NDİÖ Düzeyleri		Müdahale (n=40)		Kontrol (n=40)		Toplam (n=80)		p
		n	%	n	%	n	%	
Ön test	Orta	36	90,0	35	87,5	71	88,8	$X^2=1,259$
	Yüksek	4	10,0	5	6,30	8	11,2	$p=0,723$
Son test	Orta	32	80,0	36	90,0	68	85,0	$X^2=1,569$
	Yüksek	8	20,0	4	10,0	12	15,0	$p=0,174$

*Ki-Kare Analizi ($p<0,05$)

Gruplar NDİÖ ön test aşamasına göre anlamlı farklılık göstermemekte olup; ($X^2=1,569$; $p=0,174$) müdahale grubunda 36'sının (%90,0) orta, 4'ünün (%10,0) yüksek; kontrol grubunda 35'inin (%87,5) orta, 5'inin (%6,30) yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar NDİÖ son test aşamasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=1,569$; $p=0,174$). Müdahale grubunda 32'sinin (%80,0) orta, 8'inin (%20,0) yüksek; kontrol grubunda 36'sının (%90,0) orta, 4'ünün (%10,0) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.29.).

Tablo 4. 30. Araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ'ne göre doğum uyum düzeyleri

Uyum düzeyleri	DUÖDÖ				DUEÖDÖ			
	Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düşük Uyumlu	0	0,00	15	37,5	1	2,50	14	35,0
Orta Uyumlu	4	10,0	24	60,0	16	40,00	6	15,0
Uyumlu	24	60,0	1	2,50	14	35,00	20	50,0
Yüksek Uyumlu	12	30,0	0	0,00	9	22,50	0	0,00

Tablo 4.30.'da araştırmaya grubundaki müdahale ve kontrol grubundaki kadınların DUÖDÖ ve DUEÖDÖ'den elde edilen uyum düzeyleri belirtilmiştir.

DUÖDÖ'ne göre müdahale grubundaki gebelerin uyum düzeyleri sırasıyla 60,0'ı uyumlu, 12'si yüksek uyumlu, 10,0'u orta uyumlu; kontrol grubundaki gebelerin uyum düzeyleri ise sırasıyla 64'ü orta uyumlu, 37,5'i düşük uyumlu, 2,5'i yüksek uyumlu olarak belirlenmiştir. DUEDÖ'ne göre müdahale grubundaki gebelerin uyum düzeyleri sırasıyla 40,0'ı uyumlu, 35,0'i orta uyumlu olduğu 22,5'i yüksek uyumlu; kontrol grubundaki gebelerin uyum düzeyleri ise sırasıyla 50,0'si uyumlu, 40,0'ı düşük uyumlu, 10,0'u orta uyumlu olduğu saptanmıştır.

Araştırmada DUÖDÖ'nin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,914; DUEDÖ'nin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,940 olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. 31. Araştırma grubunun doğum uyum puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

Gruplar	Müdahale (n=40)				Kontrol (n=40)				t*	sd	p
	Ort	Ss	Min-Max	Med	Ort	Ss	Min-Max	Med			
DUÖDÖ Toplam	3,93	0,48	2,86-4,82	3,89	2,82	0,33	2,23- 3,50	2,93	12,12	78	0,00
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	3,96	0,56	2,58-4,92	4,08	2,83	0,34	2,17-3,50	2,75	10,89	78	0,00
Doğum Ortamına Uyum	3,9	0,77	2,2-5,00	3,95	2,81	0,51	2,10-3,70	2,6	7,49	78	0,00
DUEDÖ Toplam	3,58	0,63	2,06-4,76	3,52	3,18	0,73	2,06-4,00	3,35	2,58	78	0,00

*Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 4.31.'de araştırma grubunun DUÖDÖ toplam puanları, müdahale ve kontrol gruplarında anlamlı farklılık göstermektedir ($t=12,122$; $p=0,000$). Müdahale grubunda DUÖDÖ toplam puanları ($3,931 \pm 0,478$), kontrol grubunda DUÖDÖ toplam puanlarından ($2,819 \pm 0,329$) yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların ebe-gebe ilişkisi uyumu alt boyutundan aldıkları puanları müdahale ve kontrol gruplarında anlamlı farklılık göstermektedir ($t=10,886$; $p=0,000$). Müdahale grubunda ebe-gebe ilişkisi uyum puanları ($\bar{x}=3,956 \pm 0,558$), kontrol grubunda ebe-gebe ilişkisi uyumu puanlarından ($2,831 \pm 0,341$) yüksek bulunmuştur. Araştırma grubunun doğum ortamı uyumu alt boyutundan aldıkları puanlar, müdahale ve kontrol gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($t=7,490$; $p=0,000$). Müdahale grubunda doğum ortamına uyum puanları ($3,900 \pm 0,768$), kontrol grubunda doğum ortamına uyum puanlarından

(2,805±0,514) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların DUEÖDÖ toplam puanları müdahale ve kontrol gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=2,979; p=0,004). Müdahale grubunda DUEÖDÖ toplam puanı (3,638±0,655), kontrol grubundaki DUEÖDÖ toplam puanından (3,175±0,732) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. 32. Araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon

Ölçek toplam ve alt boyutları	DUÖDÖ Toplam		Ebe-gebe İlişkisi Uyumu		Doğum Ortamı Uyumu		DUEÖDÖ Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
DUÖDÖ Toplam								
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	0,885**	0,000*						
Doğum Ortamı Uyumu	0,878**	0,000*	0,554**	0,000*				
DUEÖDÖ Toplam	0,524**	0,000*	0,420**	0,000*	0,504**	0,000*		

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.32’de araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ toplam ve alt boyutları puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre; DUÖDÖ ile DUEÖDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü orta ilişki saptanmıştır (r=0, 524; p=0,000).

Tablo 4. 30. Araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ puanları ile NDİÖ ön test-son test puanları arasındaki korelasyon

Ölçek toplam ve alt boyutları	NDİÖ Toplam Ön test				NDİÖ Toplam Son test			
	Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol	
	r**	p*	r**	p*	r**	p*	r**	p*
DUÖDÖ Toplam	0,383	0,015	-0,006	0,972	0,463	0,003	0,071	0,661
Ebe-gebe İlişkisi Uyumu	0,479	0,002	-0,113	0,487	0,412	0,008	0,188	0,244
Doğum Ortamı Uyumu	0,107	0,513	0,082	0,615	0,275	0,085	0,250	0,119
DUEÖDÖ Toplam	-0,044	0,789	0,055	0,734	0,078	0,634	0,165	0,309

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.33.’te görüldüğü gibi, araştırma grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ toplam ve alt boyut puanlarıyla NDİÖ ön test-son test toplam puanları arasındaki ilişki

gruplara göre incelenmiştir. Buna göre müdahale grubunun DUÖDÖ toplam puanıyla NDIÖ ön test toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; ebe-gebe ilişkisi alt boyut puanıyla NDIÖ ön test toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; DUÖDÖ toplam puanıyla NDIÖ son test toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; ebe-gebe ilişkisi alt boyut puanıyla NDIÖ son test toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunun DUÖDÖ ve DUEÖDÖ toplam ve alt boyut puanlarıyla NDIÖ ön test-son test toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

5.1. Birinci Aşama

Araştırma kapsamında kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıklarını hem kendi bakış açısıyla hem de doğumu takip eden ebeinin bakış açısıyla değerlendirmek amacıyla “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği” geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilme çalışmalarında ilk aşama madde havuzunun oluşturulmasıdır. Araştırmada doğum uyumu ile ilgili madde havuzu oluşturulurken kapsamlı bir literatür taramasının yanı sıra ebeler, gebeler lohusalar ve kadın doğum hekimlerinden oluşan toplam 20 kişiyle odak grup görüşmeleri yapılmış ve bir nitel çalışma gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sonucu elde edilen verilere göre doğum uyumu gebeler ve lohusalar tarafından daha çok doğum korkusu ve ortamın bilinmezliği ile ilişkilendirilmişken ebeler ve kadın doğum hekimleri tarafından muayenelere izin verme, yönergeleri yerine getirme, öğrettiği teknikleri kullanabilme olarak nitelendirilmiştir. Bunun yanı sıra ebeyle gebenin kurduğu ilişkinin doğum uyumunu doğrudan etkileyen bir unsur olduğunu vurgulamıştır. Bu veriler doğrultusunda ve literatür eşliğinde iki yarı madde havuzu oluşturulmuştur (DUÖDÖ’ye yönelik 151 madde; DUEÖDÖ’ye 29 madde) Her iki ölçeğin kapsam ve içerik uygunluğunu değerlendirilmesi için 20 kişiden oluşan uzman görüşlerine sunulmuştur. Her iki ölçeğin kapsam geçerlilik analizlerinde Lawshe tekniği kullanılmıştır. Bu analizde 151 maddelik taslak DUÖDÖ’den 75 madde (madde 3, 8, 10,11,13, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 37, 40, 44, 45, 47, 49, 53, 54, 56, 57, 58, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 107, 108, 112, 114, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 132, 136, 137, 140, 141, 142, 143, 146, 149, 150); 29 maddelik taslak DUEÖDÖ’nden yedi madde (madde 6, 10, 20, 23, 25, 27, 28) madde havuzundan çıkarılmıştır (Tablo 4.2.; Tablo 4.4.). Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmış ve DUÖDÖ’ne yönelik KGİ değeri 0,68, DUEÖDÖ’ne yönelik KGİ değeri 0,95 olarak saptanmıştır. Her iki versiyon için belirlenen KGİ değerleri 0,42’den yüksek olduğu için ölçek istatistiksel açıdan anlamlı olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda kapsam geçerliliği açısından her iki ölçekten herhangi madde çıkarılmamıştır. Geliştirilen ölçeklerin kapsam geçerlilikleri yapıldıktan sonra, ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için DUÖDÖ’nin pilot uygulaması 30 lohusayla gerçekleştirilmiştir. DUEÖDÖ’nin pilot uygulaması ise, DUÖDÖ pilot uygulamasına

katılan 30 lohusayı takip eden ebe değerlendirmeleri verilerinden oluşmaktadır. Pilot uygulamada yer alan katılımcılar araştırma örneklemine dahil edilmemiştir. Pilot uygulama analizleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından gerekli düzenlemeler yapılmış ve her iki taslak ölçeğe ait formlar güncellenmiştir.

Literatürde metodolojik araştırmalar için ideal örneklem büyüklüğünün genellikle toplam madde sayısının 5-10 katı olan sayıda bir örneklem hacmi ile çalışılması önerilmektedir (Burns & Grove, 2009). Taslak DUÖDÖ madde sayısı pilot uygulama analizleri sonrasında kalan madde sayısının (30 madde) 10 katı olacak şekilde 300 kişi olarak belirlenmiş ve 300 kişiyle veri toplama süreci tamamlanmıştır. Taslak DUEÖDÖ’ndeki veriler ise, “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği”ndeki 300 lohusanın doğumunu takip ettiği ebe değerlendirmelerinden oluşmaktadır.

“Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”nin geçerlik çalışması kapsamında AFA ve DFA yapılmıştır. AFA’da verilerin faktör analizine uygulanabilirliğini belirlemek için KMO testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett testi analizlerinden yararlanılmıştır. KMO değeri 0 ile 1 arasında değer almakta ve bu değerin 1’e yaklaşması faktör yapısının daha güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda araştırmada DUÖDÖ’nin KMO değerinin 0,902; DUEÖDÖ’nin KMO değeri 0,938 olduğu saptanmıştır. Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,001$).

Taslak “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve taslak “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”ne temel bileşen analizlerinden varimax yöntemi seçilerek AFA analizi uygulanmıştır. Her iki ölçeğin faktörler arasındaki ilişki yapısının aynı kalması sağlanmıştır. DUÖDÖ’nin faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %57,599 olarak iki faktör altında toplanmıştır. DUEÖDÖ’nin faktör analizi sonucunda ise, 11, 16, 17, 21, 22 numaralı maddeler eş yükleme olduğundan yapı dışına çıkartılmış ve değişkenlerin toplam açıklanan varyansı %51,513 olarak tek faktör altında toplanmıştır. Sonuç olarak DUÖDÖ’ndeki yapı 22 madde ve iki faktörle; DUEÖDÖ’ndeki yapı 17 madde tek faktör ile uygun hale gelmiştir.

Doğrulamalı faktör analiziyle DUÖDÖ'ne yönelik AFA sonucunda 22 madde ve iki faktörden oluşan yapı ve DUEDÖ'ne yönelik 17 madde ve tek faktörden oluşan yapı test edilmiştir. AFA ile belirlenen yapılar DFA ile test edilmesi, taslak ölçek formlarının geçerliliğinin incelenmesi veya önceden yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapılarla denetleme-doğrulama fonksiyonunu yerine getirilmesiyle ilişkilidir (Orçan, 2018). Araştırmada her iki ölçeğe ilişkin DFA uygulanmış ve path diyagramları kullanılarak incelenmiştir. DFA analizinde modelin geçerliğini değerlendirmek için, her iki ölçeğin uyum indeksleri değerlendirilmiştir. Buna göre DUÖDÖ'nin tüm model uyum indekslerinin, iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür. (χ^2/sd : 4,56; GFI: 0,90 AGFI: 0,90; CFI: 0,91; RMSEA: 0,06; RMR: 0,07). DUEDÖ'nin tüm model uyum indekslerinin, iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür. (χ^2/sd : 4,01; GFI: 0,90 AGFI: 0,90; CFI: 0,91; RMSEA: 0,06; RMR: 0,06). Böylece, DUÖDÖ'nin 22 madde ve iki faktörden oluşan yapısı ve DUEDÖ 17 madde ve tek faktörden oluşan yapısıyla doğrulanan model elde edilmiştir.

Likert tipi ölçüm araçlarının güvenilirliğinde toplam puanın hesaplandığı kat sayılar güvenirlik analizi ile hesaplanmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı, ölçekte yer alan maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanmasıyla bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (Ercan & Kan, 2004). Araştırmada “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği”nin yüksek derece güvenilir ($\alpha=0,949$), “ebe-gebe ilişkisi uyumu” alt boyutu yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,930$), “doğum ortamı uyumu” alt boyutu yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,916$) olduğu görülmektedir. Aynı zamanda “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği”nin yüksek derece güvenilir ($\alpha=0,937$) olduğu belirlenmiştir. Her iki ölçeğe yönelik Cronbach Alpha değerlerinin yüksek olması maddelerin ölçülmek istenen özelliği temsil edebildiği söylenebilir.

Güvenirlik ölçme yöntemlerinden biri test-tekrar test güvenirliğidir bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır¹³. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı ölçeğin güvenirlik katsayısıdır (Ercan & Kan, 2004). Araştırmada test tekrar test ölçümü, DUÖDÖ'ne yönelik 53 gebeye; DUEDÖ'nde ise 53 gebeyi doğumunda takip eden ebeler iki hafta süreyle yeniden tekrar uygulanmıştır. DUÖDÖ ve DUEDÖ test tekrar test ölçümleri sonucunda her iki ölçeğin de tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation

Coefficient değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$). İki hafta arayla gerçekleştirilen her iki uygulamadan elde edilen ölçek puanları arasında çok iyi uyumun olması her iki ölçeğin de güvenilir olduğunu göstermektedir.

Güvenirlilik ölçme yöntemlerinden biri %27 alt- %27 üst grup karşılaştırmasıdır. Maddelerin güçlük ve ayırt edicilik derecelerinin belirlenmesiyle çeldiricilerin iyi çalışıp çalışmadığı saptanmaktadır. Araştırmada her iki ölçek için, elde edilen toplam puanlar yüksekten düşüğe doğru sıralanarak %27'lik alt ve üst grupları belirlenmiştir. Orta kesimde yer alan %46'lık kısım hesaplamaya dahil edilmemiştir. Ölçeğin aşırı uçtaki iki grubu (alt ve üst %27'lik gruplar) birbirinden açıkça ayırt etmesi beklenir (Tezbaşaran, 2008). Araştırmada DUÖDÖ ve DUEDÖ'nin toplam ve alt boyutları puanlarının %27 ile üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre DUÖDÖ ve DUEDÖ'nin ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.20.).

Doğum uyumu değerlendirilirken, bir gebenin kendi bakış açısıyla ebesinin bakış açısı arasında farklılıklar olabilir. Gebe kadın kendini doğumda yüksek uyumlu olarak görürken ebesi onu düşük uyumlu olarak nitelendirebilir. Bu sebeple araştırmada kadınların doğum uyumlarını değerlendirmeye yönelik iki ayrı ölçek geliştirilmiştir. Her iki ölçek ayrı ayrı kullanılabileceği gibi birlikte de kullanılarak kadınların doğum uyumları değerlendirilebilmektedir. Geliştirilen her iki ölçeğin kadınların doğum uyumunun değerlendirilmesi açısından yararlı olacağı ve ebeler ile gebelerin birbirlerini daha iyi anlamaları için bir fırsat oluşturacağı öngörülmektedir.

Araştırma kapsamında DUÖDÖ ve DUEDÖ'den alınan toplam puan ortalamalarına göre kadınların doğum uyum düzeylerinin hem kendi bakış açısına hem de doğumda takibini yapan ebesinin bakış açısına göre “uyumlu” olduğu görülmektedir. Aynı zamanda kendi bakışına göre doğumda kendini uyumlu gören kadınların takibini yaptığı ebesinin de onları uyumlu gördüğü ya da ebesinin bakış açısına göre uyumlu olan kadınların kendi bakış açılarına göre de uyumlu bir doğum süreci yaşadığı belirlenmiştir. Bu durum kadınların doğum süreçlerinde sergiledikleri davranışlarını etrafındaki en yakın kişi olan ebesi tarafından da benzer şekilde algılandığını göstermektedir. Kişinin davranışlarını çevresindekilerle uzlaştırabilme becerisi olarak bilinen uyum kavramı doğum açısından ele alındığında, araştırma kapsamındaki kadınların doğumdaki davranışlarını ebeleriyle uzlaştırabilmesi ve

ebelerinin de benzer görüş olması kadınların uyumlu bir doğum süreci geçirdiğini göstermektedir.

5.2. İkinci Aşama

Araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen “DUÖDÖ” ve “DUEÖDÖ”nin geçerlilik güvenilirlik analizleri tamamlandıktan sonra ikinci aşamaya geçilmiştir. Bu kapsamda primipar gebelere yönelik doğumhane koşullarını tanıtıcı sanal bir video hazırlanarak gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretinin doğum uyumuna etkisi değerlendirilmiştir. Ayrıca gebelerin sanal doğumhane ziyaretlerinin normal doğuma yönelik inanç ve eğilimlerine etki edip etmediği incelenmiştir.

Araştırmada müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş, eğitim durumu, aile tipi gibi sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir. Araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik özellikleri açısından benzer özellikte olması araştırma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir. Deneysel çalışmalarda, yapılan girişimin müdahale ve kontrol gruplarındaki etkisinin net bir şekilde ortaya çıkarılabilmesi ve araştırma sonuçlarını etkilememesi için benzer özellik göstermesi oldukça önemlidir (Atilla,2005). Araştırma da sosyodemografik ve doğurganlık özellikler açısından bu koşul sağlanmaktadır (Tablo 4.26.).

Araştırmada müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gebelik haftası, doğum haftası, planlı gebelik olma, doğum şekli gibi obstetrik özellikler açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir. Araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özellikleri açısından benzer özellikte olması araştırma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir. Deneysel çalışmalarda müdahale ve kontrol grubunun benzer özellikleri taşıması koşulu bu araştırmada obstetrik özellikleri açısından da sağlanmaktadır (Tablo 4.27.)

Gebelere yönelik sanal doğumhane ziyareti kapsamında 360 derece sanal kamera kullanılarak hazırlanan sanal videonun etkinliği doğum uyumu açısından; araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen “Doğum Uyumu Öz Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Uyumu Ebe Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada gebelerin sanal doğumhane ziyaretin etkinliği değerlendirilirken, müdahale grubundaki gebelerin DUÖDÖ toplam puanlarının kontrol grubundaki

gebelerin DUÖDÖ toplam puanlarından anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda müdahale grubundaki gebelerin DUEÖDÖ toplam puanlarının kontrol grubundaki gebelerin DUEÖDÖ toplam puanlarından daha yüksek olduğu anlamlı olarak saptanmıştır (Tablo 4.31). Bu bulgular sanal doğumhane ziyareti yapan gebelerin kendi bakış açısına göre doğum uyumlarının sanal doğumhane ziyareti yapmayan gebelere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Böylelikle H_1 hipotezi (sanal doğumhane ziyaretinin primipar gebelerin kendi bakış açısına göre doğum uyumları üzerinde anlamlı etkisi vardır) desteklenmektedir. Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin doğumunu takip ettiği ebeleri tarafından da benzer şekilde doğum uyumlarının sanal doğumhane ziyareti yapan gebelerin yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum H_2 hipotezinin (sanal doğumhane ziyaretinin primipar gebelerin ebesinin bakış açısına göre doğum uyumları üzerinde anlamlı etkisi vardır) desteklendiğini göstermektedir. Tüm bunlar müdahale grubundaki gebelerin sanal doğumhane ziyareti yapmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Sanal doğumhane ziyareti, doğum sürecindeki gebeye bilinen bir ortamda bulunma hissi verebileceğinden dolayı araştırma kapsamında müdahale grubundaki gebelerin doğum ortamında kendilerini rahat ve güvende hissetmesini sağlamış olabilir. Buna bağlı olarak müdahale grubundaki gebelerin doğum uyumları sanal doğumhane ziyareti yapmayan kadınlara göre daha yüksek olabilir. Ayrıca araştırma kapsamındaki hastanenin doğumhanesinde aktif olarak çalışan bir ebe tarafından sanal doğumhane içeriğinin anlatılması ve anlatımda sıcak ve samimi bir dil kullanılması, doğum uyumu açısından müdahale grubundaki gebeleri doğrudan etkilemiş olabilir.

Gebelerin sağlıklı bir doğum uyum süreci geçirmesindeki ön koşul, kendi gereksinimlerini karşılarken çevresiyle sağlıklı ilişki kurabilmesidir. Bunu gerçekleştirirken doğum ortamında gebeye en yakın kişi olan ebelerle olan ilişkileri uyum açısından oldukça önem taşımaktadır. Araştırmada DUÖDÖ “ebe-gebe ilişkisi uyumu” alt boyutunda bir gebenin doğumdaki ebesiyle kurduğu ilişki doğum uyumu açısından ele alınmıştır. Araştırmada sanal doğumhane ziyareti yapan gebelerin doğumdaki ebesiyle kurduğu ilişki sanal doğumhane ziyareti yapmayanların doğumdaki ebesiyle kurduğu ilişkiden daha fazla uyumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31.). Böylelikle H_3 hipotezi (primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin ebe-gebe ilişkisi uyumu üzerinde anlamlı etkisi vardır) desteklenmektedir. Bu bulgu sanal doğumhane ziyaretiyle birlikte doğumhane ortamının bilinmezlik etkisinin ortadan

kalkmasıyla gebelerin doğum süreçlerinde kendi istek ve gereksinimlerini çevresiyle uzlaştırabildiğini, doğum anında bir gebenin ebesinden gelen yönergeleri yerine getirmede zorlanmadığını ve ebe-gebe ilişkisinin sağlıklı şekilde kurmanın doğum süreçlerine uyum sağlamayı kolaylaştıran bir etmen olduğunu göstermektedir.

Uyumu etkileyen önemli faktörlerden biri de kişinin içinde bulunduğu ortam olan çevresidir (Çelik, 2019). Doğum uyumunda çevreyi doğumhane ortamı temsil etmektedir. Kadının doğum sürecinde iç ve dış uyaranlara karşı mücadele ederken iç güdüsel gücün ortaya çıkmasında ve doğum sürecine uyum sağlamasında doğumhane ortamı doğrudan etkili bir faktördür (Bekmezci & Özkan, 2015; Çelik, 2019). Doğumhaneyi yeterince tanımamak, ortamın düzen ve işleyişini bilmemek, olup bitenleri anlayamamak, mahremiyetini koruyup sürdürememe endişesi gibi nedenler çoğu gebenin doğumhane ortamını “korkutucu bir ortam” şeklinde tanımlamasına neden olmaktadır (Fenwick vd.,2009; Tok & Sakallıoğlu, 2021; Khomehchian vd., 2020). Özellikle primipar kadınlar bu tarz korku ve endişeleri daha sık yaşamaktadır (Gün & Ege, 2022; Fairbrother vd., 2022). Korku hissi, kişilerin uyum dengesinin bozulmasında, kendisine ve çevresindekilere zarar verici olumsuz davranışlar sergilemesinde büyük rol oynar. Aynı zamanda gelecekte olumsuz bir durum yaşayacağına dair bir algı oluşturarak özgüvenlerini yitirmelerine neden olur (Çelik, 2019). Bu bağlamda kadınların gebelik döneminde yaşadıkları doğumhane korkusu, doğum yapabilme yeteneklerine olan inançlarını yitirmelerine, doğum esnasında ebe desteğini algılamamalarına ya da yanlış bildiğini uygulama konusunda direnme gibi uyumsuz davranışlara yol açabilmektedir (Nilsson vd., 2010). Araştırmada kullanılan DUÖDÖ “Doğum Ortamına Uyum” alt boyutunda; gebelerin sanal doğumhane ziyaretiyle doğumhane ortamına uyum sağlayıp sağlamadıkları değerlendirilmiştir. Buna göre sanal doğumhane ziyareti yapan gebelerin doğum ortamına uyumları sanal doğumhane ziyareti yapmayan gebelerin doğum ortamına uyumlarından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.31.). Böylelikle H₄ hipotezi (primipar gebelerin sanal doğumhane ziyaretinin doğum ortamına uyumu üzerinde anlamlı etkisi vardır) desteklenmektedir. Bu bulgu doğum ortamına karşı bilinmezlik duygusunun doğum uyumunun önünde bir engel olduğunu, sanal doğumhane ziyaretiyle birlikte gebelerin ortama karşı duydukları önyargılarının kırılabileceğini, uyum sürecini etkileyen iç dış ve dış faktörlerin üstesinden kolaylıkla gelebildiğini, kendilerini rahat ve güvende

hissederek doğum sürecinde uyumlu davranışlar gösterebileceğinin bir göstergesi olabilir.

Uyum, kişinin davranışlarını kontrol edebilme becerisidir. Karşısındakine olumlu davranışlar sergilediğinde taktirde uyum sağlıklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Her gebe kendi içinde doğumda uyumlu olduğunu düşünse bile etrafındakiler tarafından uyumlu görünmeyebilir. Örneğin, gebe kendi iç dünyasında tüm sorumluluklarını yerine getirirken uyumludur ancak ebesinin bakış açısında verdiği komutlara yeterince uyamamıştır ya da öğrettiği teknikleri tam anlamıyla yerine getirememiştir ve uyumsuzdur. Doğumda gebenin çevresindeki en yakın kişi ebesidir. Bu nedenle bir ebeğin takip ettiği gebesinin doğum uyum sürecini değerlendirebilmesi sağlık bir doğum uyum süreci geçirebilmesi için oldukça önemlidir. Araştırmada kendini doğumda uyumlu bulan gebelerin doğum sürecini takip eden ebesi tarafından da uyumlu görüldükleri tespit edilmiştir (Tablo 4.32). Bu durum gebelerin doğumdaki davranışlarını kontrol edebildiğini ve bunu olumlu şekilde ebesine aktarabildiğini hem kendi bakış açısına hem de ebesinin bakış açısına göre sorumluluklarını yerine getirebildiğini, öğretilenleri uygulayabildiğini, sorunlarla başa çıkabildiğini ve kendisine verilen yönergelere uyduğunu göstermektedir.

Gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretinin normal doğuma inanç ve eğilimleri üzerine etkisi Akça ve Aksoy Derya (2021) tarafından geliştirilen NDİÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. NDİÖ'nin toplam puan ortalamaları doğrultusunda veriler elde edilmiştir. Buna göre sanal doğumhane ziyaretinden önce müdahale ve kontrol gruplarının ön test NDİÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.28.). Bu durum müdahale öncesinde müdahale ve kontrol gruplarının normal doğuma ilişkin benzer düzeyde sağlık inanç ve eğilime sahip olduğunu göstermektedir. Müdahale grubunda % 90, kontrol grubunda % 87,5 olmak üzere normal doğuma ilişkin inanç eğilimlerinin en çok orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.30.). Her iki grupta da düşük düzeyde normal doğuma ilişkin inanç düzeyine sahip gebeye rastlanmamış olup, yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin sağlık inanç eğilimine sahip kadın sayısı oldukça az olduğu görülmektedir. Bu durum araştırma kapsamındaki primipar kadınların normal doğuma yönelik inanç ve eğilimlerinin artırılması için desteklenmeye yönelik gereksinimleri olduğu şeklinde yorumlanabilir. Literatürde kadınların normal doğuma ilişkin inançları önündeki en büyük engellerden birinin doğum korkusu olduğu

vurgulanmaktadır (Fenwick vd.,2009; Khomehchian vd., 2020). Doğum korkusunun temel nedenleri arasında doğum ortamı bilinmezliği yer almaktadır (Tok & Sakallıoğlu, 2021). Bu nedenle kadınların normal doğuma ilişkin inançlarının arttırılmasına yönelik doğum korkusunu gidermek için doğum ortamını tanıtıcı uygulamalara gereksinim bulunmaktadır. Bu doğrultuda araştırma kapsamında hazırlanan sanal doğumhane ziyaretinin sonrasında müdahale grubundaki gebelerin NDIÖ toplam puanlarının ortalamalarının kontrol grubundaki gebelerin NDIÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda müdahale grubunun NDIÖ son test toplam puan ortalamasında ön test toplam puan ortalamasına göre anlamlı olarak bir artış saptanmıştır (Tablo 4.28). Tüm bunlar araştırma kapsamında yapılan sanal doğumhane ziyaretinin gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Böylelikle H₅ (sanal doğumhane ziyaretinin primipar gebelerin normal doğuma ilişkin inançları üzerinde anlamlı etkisi vardır) hipotezi desteklenmektedir. Öte yandan gebeler sanal doğumhane ziyareti yaptıktan sonra gebelerin normal doğuma yönelik inanç ve eğilimleriyle doğum uyumları karşılaştırılmıştır; NDIÖ son test toplam puanlarıyla DUÖDÖ toplam puanı ve ebe-gebe ilişkisi uyumu alt boyutu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.33). Buna göre gebelerin normal doğuma yönelik inançları arttıkça kendi bakış açılarına göre olan doğum uyumlarının da arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç ile H₆ hipotezi (primipar gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarıyla kendi bakış açılarına göre doğum uyumları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır) desteklenmektedir. Aynı zamanda gebelerin normal doğuma yönelik inançları arttıkça ebe-gebe ilişkisi uyumunun da arttığı görülmektedir (Tablo 4.33). Kontrol grubunda herhangi bir anlamlı farklılık oluşturamamış iken müdahale grubunda anlamlı bir fark oluşturması sanal doğumhane ziyaretinin etkinliğini kanıtlamaktadır.

Gebeler her ne kadar web ortamında farklı hastanelere ait doğumhane tanıtım videolarına erişim imkânı olsa da çoğunlukla kendi doğum yapacakları hastanenin doğumhanesini tanıtan bir videoya rastlamamaktadır. Araştırmada sanal doğumhane ziyareti kapsamında hazırlanan doğumhane tanıtım videosuyla gebeler doğumhane ortamını istedikleri yer, zaman ve sıklıkta ziyaret etme fırsatı elde etmişlerdir. Böylelikle COVID-19 pandemi etkisi, yeterince zaman ayıramama, ulaşım sıkıntısı, maddi açıdan zorlanma gibi nedenlerle gebelerin doğumhaneyi ziyareti önündeki

engellerin ortadan kalkacağı düşünölmektedir (Turan vd., 2008; Başar & Çiçek, 2018; Gürsoy & Set, 2020). Bu bağlamda ölkemizde daha fazla sayıda hastanenin doğumhane tanıtımına ağırlık vermesi ve buna yönelik uygulamaların geliştirilmesi gereksinim duyulmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum yapmış kadınların doğum süreçlerinde uyumlu olup olmadıkları kendi bakış açısıyla ve doğumunu yaptıran ebe bakış açısıyla değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve primipar gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretinin normal doğum eğilimlerine doğum uyumuna ve normal doğuma ilişkin inançlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada;

- DUÖDÖ 22 madde ve iki alt boyuttan oluşan doğum yapmış kadınların kendi bakış açılarına göre doğum süreçlerindeki uyumu değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu,
- DUEDÖ 17 madde ve tek alt boyuttan oluşan doğum yapmış kadınların doğum sürecinde takibini yaptığı ebesinin bakış açısına göre doğumda uyumlu olup olmadıkları ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu,
- Gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretiyle DUÖDE “ebe-gebe ilişkisi uyumu” ve “doğum ortamı uyumu” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının müdahale grubundaki gebelerin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<0,05$),
- Gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretiyle DUEDÖ toplam puan ortalamalarının müdahale grubundaki gebelerin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<0,05$),
- Gebelere verilen sanal doğumhane ziyaretiyle müdahale ve kontrol grubundaki kadınların DUÖDÖ ve DUEDÖ toplam puan ortalamalarına göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan benzer olduğu ($p<0,05$),
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sanal doğumhane ziyareti öncesi ön testte normal doğuma ilişkin benzer inanç düzeyine sahip olduğu,
- Sanal doğumhane ziyareti sonrasında NDİÖ toplam puan ortalamalarının müdahale grubundaki gebelerde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p>0,05$),
- Sanal doğumhane ziyaretiyle DUÖDÖ toplam puanıyla NDİÖ son test toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki; ebe-gebe ilişkisi alt boyut puanıyla

NDİÖ son test toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak; DUÖDÖ ve DUEDÖ Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, sanal doğumhane ziyaretin primipar gebelerde hem kendi bakış açılarına hem de doğumda takip ettiği ebesi bakış açısına göre doğum uyum düzeylerini önemli ölçüde arttırdığı ve normal doğuma ilişkin inanç düzeylerini yükselttiği saptanmıştır. Aynı zamanda gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarının artmasıyla kendi bakış açısına göre olan doğum uyumlarının da arttığı belirlenmiştir.

Ayrıca sanal doğumhane ziyareti, gebelerin doğum öncesi dönemde doğum yapacakları ortamı önceden tanınmasına olanak sağlamakla birlikte gebelerin istediği zaman ve sıklıkta doğumhaneyi detaylı inceleyerek ziyaret edebilmelerine olanak sağlamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Doğum yapmış kadınların tüm kadınların (primipar ve multipar) doğum uyum düzeylerinin belirlenmesinde güvenilir bir araç olarak kullanılması,
- DUÖDÖ ve DUEDÖ'nin kadınların doğum uyumların arttırılmasına yönelik verilen doğuma hazırlık eğitim etkinliklerinin belirlenmesinde kullanılması,
- Doğum korkusunu azaltmaya, doğumun bilinmezliğini ortadan kaldırmaya ve normal doğuma teşvik etmeye yönelik hazırlanan sanal doğumhane videosunun eğitim programlarında etkin bir araç olarak kullanılması
- Maliyeti düşük, kullanımı kolay ve her gebenin ulaşabileceği daha fazla sayıda sanal doğumhane tanıtım videolarının arttırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

Adams S., Eberhard-Gran M., Eskild A., (2012). 'Fear Of Childbirth And Duration of Labour: A Study Of 2206 Women With Intended Vaginal Delivery' BJOG, 119 (1238–1246).

Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.

Ahmadian, L., Khajouei, R., Kamali, S., & Mirzaee, M. (2020). Use of the Internet by pregnant women to seek information about pregnancy and childbirth. *Informatics for Health and Social Care*, 45(4), 385-395.

Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U., & Boyacı, B. (2018). Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sciences*, 13(2), 11-20.

Akın, B., & Koçoğlu, D. (2017). Randomize Kontrollü Deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), Article 1.

Aktaş, S., & Yılar, Z. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 111-124.

Aktaş, S., Pasinlioğlu, T., & Çalık, K. Y. (2016). The Effect Of Empathy Training Given To Midwives On Mothers' birth Perceptions And Their Satisfaction With Midwives. *Life Sciences*, 11(3), 1-10.

Aktaş, S., & Aydın, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: A qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 176–192.

Al-Battawi, J. A., & Ibrahim, W. A. (2017). Applying health belief model to predict factors influencing women decision regarding mode of delivery. *IOSR Journal of Nursing and health Science*, 6(6), 44–56.

Alessandra S, Roberta L. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean journal of clinical psychology*, 1(1), 1-18.

Alpar R. (2013). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler. Detay Yayıncılık, Dördüncü Baskı, Ankara.

Arane, K., Behboudi, A., & Goldman, R. D. (2017). Virtual reality for pain and anxiety management in children. *Canadian Family Physician*, 63(12), 932-934.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Aydın Beşen, M. & Seller, A. (2022). Kadınların Doğum Sürecine Uyumu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (1) , 170-182.

Baghiani, M. M. H., Hashemifard, T., Jafari, S., Yadollahi, P., Kamali, M. M., & Hashemifard, F. (2014). The Effect Of Educational Intervention On Selection Of Delivery Method Based On Health Belief Model. Journal of Community Health Research, 3(2):115-123.

Bakas, C. & Mikropoulos, T. A. (2003). Design of virtual environments for the comprehension of planetary phenomena based on students ideas. International Journal of Science Education, 25, 949-467.

Bal, M. D., Yılmaz Dereli, S., & Beji Kızılkaya, N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. Hem. Derg. Cilt 21 - Sayı 2: 139-146.

Balcıoğlu, İ. (2001). Stres, Gençlik, Kentleşme, Şiddet. In Yeni Symposium (Vol. 39, No. 1, Pp. 49-56).

Balcıoğlu, İ. (2001). Stres, Gençlik, Kentleşme, Şiddet. In Yeni Symposium (Vol. 39, No. 1, Pp. 49-56).

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215.

Barut, S., & Uçar T. (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 107-115.

Başaran, İ.E. (1972). Eğitim Psikolojisi, Gül Yayınevi, Ankara.

Başaran, İ.E. (2005). Eğitim Psikolojisi. Nobel akademik yayınevi. Ankara.

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

Baykul, Y. (2015). Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik Test Teorisi ve Uygulaması. Ankara. Pegem Akademi.

Bayram O.G., Şahin H. N. (2010). Doğuma Hazırlık Eğitimi Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7(3):36–42.

Bekmezci, H. & Özkan, H. (2015). Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi . Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2 (1) , 113-124.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Beşen, M. A., & Seller, A. (2022). Kadınların Doğum Sürecine Uyumu Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1), 170-182.

Bevilacqua, R., Maranesi, E., Riccardi, G. R., Di Donna, V., Pelliccioni, P., Luzi, R., ... & Pelliccioni, G. (2019). Non-immersive virtual reality for rehabilitation of the older people: a systematic review into efficacy and effectiveness. Journal of clinical medicine, 8(11), 1882.

Bilgin, N. Ç., 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.

Biocca, F. (1992). Communication within virtual reality: Creating a space for research. Journal of Communication, 42(4), 5–22.

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, (7).

Bolsoy, N., Çelik, N., & Şimşek, H. N. (2019). Doğum Korkusu Yaşayan Kadınlarda Psiko-Eğitim Obstetrik ve Maternal Sonuçları İyileştirir Mi? SistematiK İnceleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 12(1), 82-90.

Brown, J. D. (2009). Statistics Corner Questions and answers about language testing statistics: Principal components analysis and exploratory factor analysis, In.Definitions, differences, and choices.

Bryanton, J., Fraser-Davey, H., Sullivan, P. (1994). Women's perceptions of nursing support during labor. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 23(8), 638-644.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. (6th ed., pp. 90-119, 598-610). USA: Saunders.

Bush, J. (2008). Viability of virtual reality exposure therapy as a treatment alternative. Computers in Human Behavior, 24(3), 1032-1040.

Bülbül G. (2017). Doğal doğum. Anneliğin Keşfin Başucu Kitabı, Hayy Grup Yayıncılık. Baskı 3, İstanbul.

Carson, S. H., & Langer, E. J. (2006). Mindfulness and self-acceptance. Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 24(1), 29-43.

Casey, E. (2001). Body, self, and landscape. Textures of place: Exploring humanist geographies, 403-425.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Chien, S. Y., Hwang, G. J., & Jong, M. S. Y. (2020). Effects of peer assessment within the context of spherical video-based virtual reality on EFL students' English-Speaking performance and learning perceptions. *Computers & Education*, 146, 103751.

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 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1).

Cruz-Neira, C., Sandin, D. J., DeFanti, T. A., Kenyon, R. V., & Hart, J. C. (1992). The CAVE: Audio visual experience automatic virtual environment. *Communications of the ACM*, 35(6), 64–73.

Cüceloğlu D. (2015). İnsan ve Davranışı. İstanbul. Remzi Kitapevi.

Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829.

Çarkcı J. (2020). Sosyal Bilimlerde Ölçek Geliştirme Klavuzu. Çizgi Kitapevi. Ankara.

Çelik, H. , Baykal, N. B. & Memur, H. N. K. (2020). Nitel Veri Analizi ve Temel İlkeleri . Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi , 8 (1) , 379-406.

Çelik, H., Halil, E. K. Ş. İ., & Gülsu, N. (2017). Orta çocukluk döneminde güvenli bağlanma ile mükemmeliyetçiliğin çeşitli değişkenler bağlamında incelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 7(47), 53-68.

Çelik, M. (2019). Pskolojik uyum kavramı, Atlas Akademik Basım Yayınevi. Ankara.

Çetin Avcı S.Ç., Işık G., Cetişli N.E. (2023). Doğum Korkusu Yaşayan Annelerin Doğum Deneyimleri: Fenomenolojik Bir Çalışma. *Journal of Nursology*, 26(1), 34-42.

Dadipoor, S., Aghamolaei, T., Ramezankhani, A., & Safari-Moradabadi, A. (2017). Comparison of health belief model constructs based on birth type among primiparous pregnant women in Bandar Abbas, Iran. *Journal of Education and Community Health*, 4(1), 59-65.

Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Demirbaş, H. ve Kadioğlu, H. (2014). “Prenatal Dönemdeki Kadının Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler.” MÜSBED, 4(4), 200-206.

Demirel Bozkurt, O., Yagcan, H., Hazar, S., & Karaman, T. (2023). The effect of spousal support on distress experienced during pregnancy in COVID-19 pandemic: Sample of Türkiye. *Health Care for Women International*, 1-13.

Dilks, F. M., & Beal, J. A. (1997). Role of self-efficacy in birth choice. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 11(1), 1-9.

Dinç H., Yazıcı S., Yılmaz T., Günaydın S. (2014). Gebe Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 1(1):68-76.

Duran TE., & Atan ÜŞ. (2011). They kalitelie analizablasıperspektifsezaryen ve vajinal doğum yapan kadınların labo hakkında r. günlükGenel Tıp 21 (3): 83-88.

Dwiarini, M., Chou, H. F., Gau, M. L., & Liu, C. Y. (2022). Relationship between fear of childbirth, self-efficacy, and length of labor among nulliparous women in Indonesia. *Midwifery*, 105, 103203.

Ebrahimian, A., & Bilandi, R. R. (2021). Comparisons of the effects of watching virtual reality videos and chewing gum on the length of delivery stages and maternal childbirth satisfaction: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 46(1), 15.

Ekiz D. (2003) Eğitimde Araştırma Yöntem ve Metodlarına Giriş. Anı Yayıncılık. Ankara.

Ercan, İ., & Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.

Eriksson C., Jansson L., Hamberg K., (2006). ‘Women’s Experiences Of Intense Fear Related To Childbirth Investigated In A Swedish Qualitative Study’ *Midwifery* , 22 (240– 248).

Fahy, K. M., Parratt, J. A. (2006). Birth territory: a theory for midwifery practice. *Women and birth*, 19(2), 45-50.

Fairbrother, N., Thordarson, D. S., & Stoll, K. (2018). Fine tuning fear of childbirth: The relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *Journal of reproductive and infant psychology*, 36(1), 15-29.

Felemban, O. M., Alshamrani, R. M., Aljeddawi, D. H., & Bagher, S. M. (2021). Effect of virtual reality distraction on pain and anxiety during infiltration anesthesia in pediatric patients: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health*, 21(1), 1-10.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Fenwick, T. (2005). Conceptions of critical HRD: Dilemmas for theory and practice. *Human Resource Development International*, 8(2), 225-238.

Foureur, M., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I., & Homer, C. S. (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. *Midwifery*, 26(5), 520-525.

Frey, D. P., Bauer, M. E., Bell, C. L., Low, L. K., Hassett, A. L., Cassidy, R. B., ... & Sharar, S. R. (2019). Virtual reality analgesia in labor: the VRail pilot study—a preliminary randomized controlled trial suggesting benefit of immersive virtual reality analgesia in unmedicated laboring women. *Anesthesia & Analgesia*, 128(6), e93-e96.

Gençtan, E. (2015). *Psikodinamik Psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul. Remzi Kitabevi.

George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

Georgiev, D. D., Georgieva, I., Gong, Z., Nanjappan, V., & Georgiev, G. V. (2021). Virtual reality for neurorehabilitation and cognitive enhancement. *Brain sciences*, 11(2), 221.

Gökçek, A. İ. Önemli Bir Sorun: Doğum Korkusu ve Ebelik Bakımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 93-104.

Gömlüksiz, M. (2008). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. S. Erkan (Ed.). Nobel Yayınevi. Ankara.

Gözükara F., Eroğlu K., (2008). ‘İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler’ *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, (32–46).

Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.

Gün, E. Ö. (2018). *Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University (Turkey)).

Gür, E., Apay, S.E., (2020). The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 91, 102856.

Gürsoy, E., & Set, T. (2020). Gebelerde Antenatal Bakım Alma Durumu ve Antenatal Bakım ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 213-222.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara,

Hammond, M. (2013). The contribution of pragmatism to understanding educational action research: value and consequences. *Educational Action Research*, 21(4), 603-618.

Handelzalts, J. E., Becker, G., Ahren, M. P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z., & Sadan, O. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 291, 1055-1062.

Hassani, L., Aghamolaei, T., Ghanbarnejad, A., & Dadipoor, S. (2016). The effect of an instructional program based on health belief model in decreasing cesarean rate among primiparous pregnant mothers. *Journal of education and health promotion*, 5.

Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Comparison of childbirth experiences and postpartum depression among primiparous women based on their attendance in childbirth preparation classes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(18), 3612-3619.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S160-S172.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).

Hosseini Baghianimoghadam, M., T. Hashemifard, S. Jafari, P. Yadollahi, M. Kamalimoradzade, & F. Hashemifard. (2014). "The Effect of Educational Intervention on Selection of Delivery Method Based on Health Belief Model." *Journal of Community Health Research* 3(2):115–23.

Humphreys, T. (2002). Çocuk eğitiminin anahtarı: Özgüven. (Çev: T. Anapa). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.

Ibici Akça, E., & Aksoy Derya, Y. (2022). Effects of tele-education given based on the health belief model on mode of delivery tendencies in pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-19.

Ip, W. Y., Tang, C. S., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing*, 18(15), 2125-2135.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

İşbir, G. G., Serçekuş, P., Çoker, H. (2015). Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Deneyimi Ve Doğumdan Memnuniyet Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs- Special Topics, 1(1), (s. 10-15).

İşbir, G.G., İnci, F., Onal, H., Yıldız, P.D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: An experimental study. Applied Nursing Research, 32, 227-232.

Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2014). BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design.

Kaçar, N., & Yazıcı, S. (2020). Ebe Tarafından Verilen Sürekli Doğum Desteğinin Mesleki ve Obstetrik Sonuçlara Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 214-224.

Kapuscinski, A. N., & Masters, K. S. (2010). The current status of measures of spirituality: A critical review of scale development. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(4), 191–205.

Karabulut Doyurgan, T. (2009). Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri/Teslime Karabulut; Danışman Sardoğan M.E. (Master's thesis, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Karaçam, Z., Akyüz, E. Ö., & Akyüz, E. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Florence Nightingale Journal Of Nursing, 19(1), 45-53.

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC pregnancy and childbirth, 15(1), 1-8.

Kaya N., & Tastan, N. (2020). Özgüven üzerine bir derleme. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(2), 297-312.

Kayabası, Y. (2005). Sanal gerçeklik ve eğitim amaçlı kullanılması. TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology, 4(3).

Khamehchian, M., Adib-Hajbaghery, M., HeydariKhayat, N., Rezaei, M., & Sabery, M. (2020). Primiparous women's experiences of normal vaginal delivery in Iran: a qualitative study. BMC pregnancy and childbirth, 20, 1-8.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Khorsandi, M., Ghofranipour, F., Hidarnia, A., Faghihzadeh, S., & Ghobadzadeh, M. (2012). The effect of PRECEDE PROCEED model combined with the health belief model and the theory of self-efficacy to increase normal delivery among nulliparous women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 187-194.

Kılıçcı, Y. (2006). *Okulda ruh sağlığı*. Anı Yayıncılık. Ankara.

Kızılırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied nursing research*, 29, 19-24.

Kinney, M. V., Boldosser-Boesch, A., & McCallon, B. (2016). Quality, equity, and dignity for women and babies. *The Lancet*, 388(10056), 2066-2068.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing Focus Groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.

Kocademir, L., & Gerçek, E. Prenatal ve Postnatal Dönemde Dijital Medyanın Kullanımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 29-43.

Koç, E., & Karakaya, N. (2022). Doğum Desteği ve Normal Doğumun Yönetimi. *Sağlık & Bilim*, 81.

Korkut, S., & Kaya N. (2019). Sezaryen Doğum Kararına Ebe Farkındalığı ile Etik Yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 144-152.

Kömürcü N. (2008). Doğum ağrısı ve Yönetimi, Nobel Tıp Kitapevleri, 1. Baskı, İstanbul.

Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20.

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.

Levin, M. F., & Demers, M. (2021). Motor learning in neurological rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 43(24), 3445-3453.

Liu, M., Zhou, K., Chen, Y., Zhou, L., Bao, D., & Zhou, J. (2022). Is virtual reality training more effective than traditional physical training on balance and functional mobility in healthy older adults? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 843481.

Loke, A. Y., Davies, L., & Li, S. F. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC health services research*, 15, 1-12.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Lothian, J. A. (2014). Healthy birth practice: Avoid interventions unless they are medically necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198-206.

Lu, D., Sang, L., Du, S., Li, T., Chang, Y., & Yang, X. A. (2020). Asymptomatic COVID-19 infection in late pregnancy indicated no vertical transmission. *Journal of medical virology*, 92(9), 1660-1664.

Mahmood K. (2016). Labour and birth experiences and awareness of pain relief among Kurdish women: University of Sheffield.

Maines, C., & Tang, S. (2015). An application of game technology to virtual university campus tour and interior navigation. In 2015 international conference on developments of E-systems engineering (DeSE) (pp. 341-346). IEEE.

Makransky, G., & Lilleholt, L. (2018). A structural equation modeling investigation of the emotional value of immersive virtual reality in education. *Educational Technology Research and Development*, 66(5), 1141-1164.

Melender, R. M. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.

Mete S., Çiçek Ö., Tokat Aluş M., Çamlıbel M., Uludağ E. (2017). “Doğuma Hazırlık Sını? Arının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi.” *Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri* 9(3)

Mousa, O., & Turingan, O. M. (2019). Quality of care in the delivery room: Focusing on respectful maternal care practices. *J Nurs Educ Pract*, 9(1), 1-6.

Newburn, M., & Singh, D. (2003). Creating a better birth environment: women's views about the design and facilities in maternity units: a national survey. *National Childbirth Trust*.

Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (7), 807-813.

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing research and practice*, 2013.

Odent, M. (2001). New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S39-S45.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Okanlı, A., & Karabulutlu, E. Y. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 25-31.

Onat, G. (2010). Demokratik ve otoriter olarak algılanan ana-baba tutumlarının lise birinci sınıf öğrencilerinin yılmazlık düzeyine etkilerinin araştırılması (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Onyesolu, M. O., & Eze, F. U. (2011). Understanding virtual reality technology: advances and applications. *Adv. Comput. Sci. Eng.*, 53-70.

Orçan, F. (2018). Exploratory and confirmatory factor analysis: which one to use first?. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 9(4), 413-421.

Osumi, M., Inomata, K., Inoue, Y., Otake, Y., Morioka, S., & Sumitani, M. (2019). Characteristics of phantom limb pain alleviated with virtual reality rehabilitation. *Pain Medicine*, 20(5), 1038-1046.

Özen Gün E., Ege E. (2022). Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-11.

Özgüven, İ. E. (1992). Üniversite öğrencilerinin sorunları ve baş etme yolları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(7).

Özkaraman, A., Serap, Ö., Alpaslan, G. B. (2012). Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 138-152.

Öztürk, M., Alan S., Kadioğlu, S. (2018). Çağdaş Obstetride Doğumhane: Yapı ve İşleyiş Standartları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 8(3), 198-204.

Paica, C. I., Iordăchescu, D. A., Vladislav, E. O., Gica, C., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., & Gica, N. (2021). Tokophobia. Causes, Symptoms And Psychotherapy. *Romanian Journal Of Medical Practice*, 16(4), 84.

Pakseresht S., Rasekh, P., Leili E.K. (2018). “Physical Health and Maternal-Fetal Attachment Among Women: Planned Versus Unplanned Pregnancy.” *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6 (3), 335-341.

Pantelidis VS. (2010). Reasons to use virtual reality in education and training courses and a model to determine when to use virtual reality. *Themes in Sci Technol Educ* 2010, 2(1-2), 59-70.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Pratiwi, I. G., Husin, F., Ganiem, A. R., Susiarno, H., Arifin, A., & Wirakusuma, F. (2017). The effect of virtual reality on pain in primiparity women. *International Journal of Nursing and Health Science*, 4(4), 46-50.

Puşuroğlu M., Hacıoğlu Ç. (2021). Tokophobia. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi ASUJMS*, 2(3): 34-38.

Raeder, F., Karbach, L., Struwe, H., Margraf, J., & Zlomuzica, A. (2019). Low perceived self-efficacy impedes discriminative fear learning. *Frontiers in Psychology*. 10. 1191.

Rathfisch G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri. 1. Baskı. İstanbul.

Renfrew M. J, McFadden A, Bastos M. H, Campbell J, Channon A. A, Cheung NF, et al. 2014. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384:1129–45.

Repetto, C., Germagnoli, S., Triberti, S., and Riva, G. (2018). “Learning into the wild: a protocol for the use of 360° video for foreign language learning” in *International symposium on pervasive computing paradigms for mental health* (Cham: Springer), 56–63.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 98(5), 820-826.

Sayiner F.D., Çömezoğlu E. (Ed.). (2022). Doğumu Anlamak Çemberin Karesi. Akademisyen Yayınevi. Ankara.

Sayiner F.D., Uzel N. (2018). Doğum ve Doğum Hikayelerinin Önemi, Ina May’ın Doğum Meselesi Bir Ebenin Manifestosu. Akademisyen, Pp.1-115.

Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Aydın, Y., Aslantaş, D., & Hassa, H. (2017). Relationship between life qualities of adolescents and dysmenorrhoea. *Biomedical Research*, 28(20), 8711-8716.

Serçekuş, P., & Yenal, K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye’deki gelişimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 1(1), 33-35.

Serçekuş, P., Değirmenciler, B., & Özkan, S. (2021). Internet use by pregnant women seeking childbirth information. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(8), 102144.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Sert E., Erkal, Y., & Tuna N. (2014). Ebelikte Roy Adaptasyon Modeli'nin Antenatal Değerlendirmede Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4), 1147-1160.

Small, K. A., Sidebotham, M., Fenwick, J., & Gamble, J. (2022). "I'm not doing what I should be doing as a midwife": An ethnographic exploration of central fetal monitoring and perceptions of clinical safety. *Women and Birth*, 35(2), 193-200.

Sousa Santos, B., Dias, P., Pimentel, A., Baggerman, J. W., Ferreira, C., Silva, S., & Madeira, J. (2009). Head-mounted display versus desktop for 3D navigation in virtual reality: a user study. *Multimedia tools and applications*, 41, 161-181.

Sökmen, Y., Taşpınar, A., Bayar, R., & Kınıklı, H. (2021). Toplumun Ebeler İle İlgili Görüş ve Beklentileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 18(1), 1-16.

Spiby, H., Stewart, J., Watts, K., Hughes, A. J., & Slade, P. (2022). The importance of face to face, group antenatal education classes for first time mothers: A qualitative study. *Midwifery*, 109, 103295.

Spice, K., Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Kowalyk, K., & Stewart, S. H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 168-174.

Steuer, J. (1992). Defining Virtual Reality: Dimensions Determining Telepresence. *Journal of Communication*, 42: 73-93.

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324.

Sunay, Z., & Uçar T. (2022). The Effect of Childbirth Education and Birth Plan on Childbirth Self-Efficacy: A Randomized Controlled Trial. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(2), 422-433.

Sümbüloğlu, K. (1993). *Biyoistatistik*, Özdemir Yayıncılık, Ankara.

Şahin N., Dinç H., Dişsiz M. (2009). 'Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler' *Zeynep Kamil Bülteni*, 2:40 (57-62).

Şeker S., Sevil, Ü. (2006). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(1):1-9.

Sağlığı, H., & Müdürlüğü, G. (2009). *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*. Ankara.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A., & Amiri, M. (2014). Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International journal of preventive medicine*, 5(10), 1247.

Taşkın L. (2007). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*, Sistem Ofset Matbaacılık, 8. Baskı, Ankara.

Tezbaşaran, A. (2008). Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 27-48.

Thoms, Peg, Keirsten S. Moore, Kimberly S. Scott. (1996). "The Relationship Between Self-efficacy for Participating in Self Managed Work Groups and The Big Five Personality Dimensions" *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 17, No. 4, s.349-362.

Tok A., Sakallıoğlu H. (2021). Gebe Okulları Doğum Korkusunu Azaltmada Etkili Bir Uygulama mıdır?. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(1), 52-56.

Turan, T., Ceylan, S. S. & Teyikçi, S. (2008). Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 157-72.

Başar, F., & Çiçek, S. (2018). Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2574-2596.

Uçar, T. & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *Annals of Health Sciences Research*, 4 (2) , 54-58.

Uzun, K. & Karataş, Z. (2018). Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Yordayıcısı Olarak Endişe ile İlgili Olumlu ve Olumsuz İnançlar. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 26 (4) , 1267-1276 . DOI: 10.24106/kefdergi.434169.

Ventura, S., Brivio, E., Riva, G., & Baños, R. M. (2019). Immersive versus non-immersive experience: Exploring the feasibility of memory assessment through 360 technology. *Frontiers in psychology*, 10, 2509.

Vogels-Broeke, M., Daemers, D., Budé, L., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2022). Sources of information used by women during pregnancy and the perceived quality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 109.

Weiss, P. L., & Jessel, A. S. (1998). Virtual reality applications to work. *Work*, 11(3), 277-293.

Wiegers, T. A., & Hukkelhoven, C. W. (2010). The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1-9.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yağcan, H., & Sezer, H. (2019). Doğuma hazırlık sınıfı eğitimlerinde kullanılabilecek inovatif bir yöntem: hibrit simülasyon. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3(2), 72-78.

Yazgan E., (2014). Doğumhane ortamı ve koşullarının doğum ağrısı, doğumdan memnuniyet ve anne-bebek bağlanması üzerine etkisi, Danışman: Prof. Dr. Coşkun A.M.

Yazıcıoğlu, B., & Yavuz, E. (2022). Gebe Okulu Eğitimlerinin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(1), 12-16.

Yenal, K., Okumuş, H., & Sevil, Ü. (2010). Web ortamında interaktif-antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi, *DEUHYO ED*, 3 (1), 9-14.

Yıldırım, A. D., & Oskay, Ü. (2020). Dünyada ve Türkiye’de Optimal Perinatal Bakıma Yönelik Programlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 45-52.

Yıldırım, S., & Şahin, S. (2015). Sanal dünya ve web temelli öğrenme ortamlarının öğrencilerin akademik başarıları ve motivasyonları açısından karşılaştırılması. *Journal of Education Faculty*, 17(2), 371-402.

Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 5(2), 98-105.

Yorukoglu, M. (1998). The information technology productivity paradox. *Review of Economic Dynamics*, 1(2), 551-592.

Yurdabakan, İ. (2008). Eğitimde kullanılan ölçme araçlarının nitelikleri. *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*, 38-66.

Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1, 771-774.

Yücel, E., & Çizel, B. (2018). Bilişsel uyumsuzluk teorisi üzerine kavramsal bir inceleme: satın alma perspektifi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 13(50), 150-163.

Zheng, J. M., Chan, K. W., & Gibson, I. (1998). Virtual reality. *Ieee Potentials*, 17(2), 20-23.

