



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

**EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANIT
TEMELLİ UYGULAMALARA YÖNELİK
TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

MERAL KURT DURMUŞ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NERİMAN ZENGİN**

**EBELİK ANA BİLİM DALI
EBELİK DOKTORA PROGRAMI**

**DOKTORA TEZİ
ARALIK /2021**

İTHAF

“Beni her zaman destekleyen ailem’e, eşim’e ve oğlum’a ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim boyunca yanımda olan tezimin her aşamasında anlayış ve özveriyle değerli zamanını esirgemeyen bilgi ve deneyimiyle motive edip yenilenmemi sağlayan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Neriman ZENGİNE,

Doktora eğitimim boyunca akademik gelişimim için sürekli destek veren sevgisi ve sabrıyla hep yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Saadet YAZICI'ya

Doktora eğitim hayatım boyunca akademik gelişmeme katkıları olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ebelik Bölümü hocalarıma,

Doktora Tez İzleme Komitemde yer alarak, tezime katkıda bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nurten KAYA

Bu araştırmanın uzman havuzunda yer alarak, geliştirdiğim ölçeklerin şekillenmesinde önemli katkılar sağlayan tüm değerli bilim insanlarına,

Doktora Tez Savunma Sınavıma katılarak beni onurlandıran saygıdeğer jüri üyelerine,

Hayatımın her döneminde beni destekleyen aileme, eşime ve oğlum Ümitcan'a en içten dileklerimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KANITA DAYALI UYGULAMALARIN TANIMI	3
2.2. KANITA DAYALI UYGULAMALARIN TARİHÇESİ.....	3
2.3. DOĞUM SÜRECİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR	4
2.3.1. Doğumhaneye Kabul ve Maternal Fetal Değerlendirme	6
2.3.2. Oral Alımı.....	6
2.3.3. Partograf Kullanımı	7
2.3.4. Amniotomi Uygulaması	8
2.3.5. İndüksiyon Uygulaması.....	9
2.3.6. Perine Traşı Uygulaması	10
2.3.7. Lavman Uygulaması.....	10
2.3.8. Epizyotomi Uygulamaları	11
2.3.9. İkinma Teknikleri ve Fundal Bası	12
2.4. KANITA DAYALI EBELİK.....	13
2.5. EBELERİN KANIT TEMELLİ ÇALIŞMASININ ETKİLERİ	14
2.6. EBELİKTE KANITA DAYALI UYGULAMALARIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER	14
2.7. ÖLÇEK GELİŞTİRMENİN ÖNEMİ	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	16
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	17

3.4.1. Kişisel ve Mesleki Özellikler Bilgi Formu.....	17
3.4.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYT) Ölçeği.....	17
3.4.3. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğini Geliştirme Aşamaları	17
3.4.3.1. Madde havuzu aşaması:	18
3.4.3.2. Ölçeğin geçerlik çalışması:	18
3.4.3.3. Ölçeğin güvenirlik çalışması:	20
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	22
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	23
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	23
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ’NİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİNE AİT BULGULAR.....	25
4.1.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği	25
4.1.2. Yüzey Geçerliliği-Pilot Uygulama	31
4.2. EBELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	33
4.3. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİLİK BULGULARI.....	34
4.3.1. Açımlayıcı Faktör Analizi	34
4.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	37
4.3.3. Eş Zamanlı Ölçek Geçerliliği	38
4.3.3.1. Kriter geçerliliği bulguları:	38
4.4. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ’NİN GÜVENİRLİK ANALİZİNE AİT BULGULAR.....	41
4.4.1. Madde Analizi	41
4.4.2. İç tutarlılık	45
4.4.3. Test -Tekrar Test Analizi.....	45
4.4.4. Yarıya Bölme Yöntemi.....	46
5. TARTIŞMA	47
5.1. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI TUTUM ÖLÇEĞİ’NİN KAPSAM (İÇERİK) GEÇERLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	48

5.1.1. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Tutum Ölçeğinin Yüzey Geçerliliği ve Pilot Uygulamasına İlişkin Bulguların Tartışılması	49
5.1.2. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Tutum Ölçeğinin Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	51
5.1.2.1. Açıklayıcı faktör analizi:	51
5.1.2.2. Doğrulayıcı faktör analizi:	52
5.2. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN ÖLÇÜT GERÇERLİLİĞİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	52
5.3. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	56
6.1. SONUÇLAR	56
6.2. ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	64

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 3.1: Çalışmada verilerin analizinde kullanılan istatistikî yöntemler	22
Tablo 4.1: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeğinin uzman görüşlerinin değerlendirmesi	26
Tablo 4.2: Kapsam geçerlik oranı hesaplanmasından sonra ölçekten çıkarılan ifadeler	29
Tablo 4.3: Kapsam geçerlik oranı ≥ 0.80 olan ifadeler.....	30
Tablo 4.4: Pilot uygulama sonuçları	31
Tablo 4.5: Taslak ölçeğin son şekli.....	32
Tablo 4.6: Ebelerin kişisel ve mesleki özellikleri.....	33
Tablo 4.7: Ölçek ifadelerinin dağılımı.....	34
Tablo 4.8: KMO ve Bartlett's test sonuçları	35
Tablo 4.9: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği'nin açıcı faktör analizi	35
Tablo 4.10: Doğrulayıcı faktör analizi.....	37
Tablo 4.11: Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği	39
Tablo 4.12: Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	39
Tablo 4.13: Ölçek toplam madde korelasyonu	42
Tablo 4.14: Girişimsel uygulamalar alt boyut madde toplam korelasyonu	43
Tablo 4.15: Destekleyici bakım uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonu....	44
Tablo 4.16: Hareket ve beslenme uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonu .	44
Tablo 4.17: Erken doğum sonu uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonu	44
Tablo 4.18: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği'nin ve alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı	45

Tablo 4.19: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarının test tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması ve korelasyonları	45
Tablo 4.20: Yarıya bölme analizi.....	46



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırma süreci	22
Şekil 4.1: Taslak ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının dağılımı.....	38
Şekil 4.2: Ebelerin doğum sürecinde kanit temelli uygulamalara yönelik tutum ölçeği ile kanıta dayalı hemşirelik yönelik tutum ölçeği toplam puanları arasındaki pozitif yönlü, orta kuvvetteki doğrusal ilişkinin serpilme grafiği	41



SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses)
KDHYTÖ	: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Oklın Değeri
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANIT TEMELLİ UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Araştırma, “Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği’ni geliştirmek, geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, Eylül 2020 - Ocak 2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı İstanbul Avrupa Bölgesinde yer alan üç hastane örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden elektronik posta ile çalışmaya katılan 490 ebe oluşturmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemoğrafik özellikler formu, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYT) ve araştırmacılar tarafından geliştirilen Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği kullanıldı. Ölçeğin geçerliliği, kapsam, yüzeyel yapı ve ölçüt geçerliliği ile, güvenilirliği ise; test-tekrar test ve iç tutarlılık kapsamında cronbach alfa katsayısı, madde toplam analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Uzman görüşüne sunulan 86 maddelik taslak ölçekte Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) 0,80’den küçük olan maddeler çıkarılarak ölçeğin ortalama KGI 0,893 olarak saptandı. Ölçeğin pilot uygulaması 30 ebe ile gerçekleştirildi ve sonucunda 12 madde taslak ölçekten çıkartıldı. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %57,23’ünü açıklayan, faktör yük değeri 0,40 üzerinde olan dört faktörlü bir yapı ortaya çıktı. Ölçüt geçerliliği KDHYT ölçeği ve Ebelerin Doğum Sürecinde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki ile doğrulandı. Madde toplam puan korelasyonu değerlerinin pozitif ve 0,20 üzerinde, ölçeğin toplamında Cronbach alfa katsayısı ideal, alt boyutlar arasında iyi düzeyde olduğu belirlendi.

Sonuç: Ölçeğin doğum sürecinde önerilen kanıtlara yönelik tutumlarını değerlendirmede yararlanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptandı.

Anahtar Kelimler: Ebelik, Geçerlik, Güvenirlik, Kanıta dayalı uygulamalar, Ölçek geliştirme

DEVELOPMENT OF THE SCALE OF ATTITUDE TOWARDS EVIDENCE-BASED PRACTICES IN DURING LABOR OF MIDWIVES

ABSTRACT

Aim: The present study was conducted methodologically to develop Midwives' Attitude Scale Toward Evidence-Based Practices in Labor and examine its validity and reliability.

Materials and Methods: The universe of the current study consisted of three hospitals located in the Istanbul European Region, affiliated to the Ministry of Health of Turkey, between September 2020 and January 2021. The sample of the study consisted of 490 midwives who participated in the study via e-mail. Sociodemographic characteristics form, Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire (EBNAQ), and Midwives' Attitude Scale Toward Evidence-Based Practices in Labor were used to collect data. The scale's validity was evaluated by scope, surface structure, and criterion validity. Its reliability was measured by test-retest, Cronbach's alpha coefficient within the scope of internal consistency, and item-total analysis.

Results: The mean CGI of the scale was 0.893 by removing the items with a Content Validity Index less than 0.80 in the 86-item draft scale submitted for expert opinion. The face validity of the scale was conducted through a pilot study with 30 midwives. As a result, 12 items were removed from the draft scale. In the explanatory factor analysis of the scale, a four-factor structure with a factor load value above 0.40, which explained 57.23% of the total variance, emerged. Criterion validity was confirmed with a moderately significant positive correlation between Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire (EBNAQ) and Midwives' Attitude Scale Toward Evidence-Based Practices in Labor. Item-total score correlation values were positive and above 0.20. Cronbach's alpha coefficient was ideal in the scale's total and reasonable among the sub-dimensions.

Conclusion: It was determined that the scale is a valid and reliable measurement tool that can be used to evaluate attitudes towards the proposed evidence.

Key Words: Evidence-based practices, Midwifery, Reliability, Scale development, Validity



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanıt temelli tıp hareketi, 1990'larda ortaya çıkmıştır. İlerleyen yıllar içerisinde tıp dışındaki sağlık mesleklerini de etkilemiş ve bu meslek grupları arasında kanıta dayalı uygulama olarak kabul edilmiştir. Literatürde birden fazla tanımı olmasına rağmen kanıta dayalı uygulamanın yaygın kullanılan tanımı “bireysel hasta bakım süreci ile ilgili karar vermede mevcut en iyi kanıtın, vicdani, açık ve mantıklı kullanımı” şeklindedir. Bir başka tanım olarak, “hasta çıktılarının, çalışma çevresinin ve klinik uygulamalarının iyileştirmesinde, araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için hazırlanmasıdır” (1).

Kanıta dayalı uygulama, yaygın olarak, bir araştırma sorusunun belirlenmesini, bulunmasını ve ardından kanıtın eleştirel olarak değerlendirilmesini, kanıtın uygulamaya geçirilmesini ve sonucun değerlendirilmesini içeren beş aşamalı bir süreç olarak kabul edilmektedir (2). Kanıta dayalı uygulama, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen klinik kanıtları bir araya getirme ve en iyi bakım hizmetini vermek olarak tanımlanmaktadır (3).

Günümüzde yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması sonucu sağlık hizmetlerinde yüksek maliyetli tedavilerin uygulanması, hastanede yatış süresinin uzaması, tedavi ve bakımında ortaya çıkan tıbbi hataların artması, sağlık profesyonellerine olan güvenin azalması, hastaların bilgi taleplerinin artması ve bilimsel araştırmalarda maliyet kalite ve etkinlik kavramlarının önem kazanması sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasını zorunlu kılmıştır (4,5).

Kanıta dayalı uygulamalar, var olan bilimsel literatürün sağladığı tüm bilgileri en iyi şekilde değerlendirerek sağlık hizmetlerinin bu bilgiler rehberliğinde ve hastaya bağlı faktörler dikkate alınarak belirlenen standartlara göre verilmesini amaçlar. Bu yaklaşım kliniklerde etkisi olmayan uygulamalardan kaçınılmasını, yararı kanıtlanmış uygulamaların kullanılabilirliğinin artmasını ve yarar sağlamayan etkisiz uygulamaların kullanımından kaçınılmasını sağlayacaktır (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2017 verilerine göre her gün yaklaşık 810 kadın hamilelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı ölmektedir. Bu önlenebilir ölümlerin azaltılmasında, güvenli gebelik ve doğum için ebelik bakım ve uygulamalarının anahtar rol oynadığı belirtilmektedir. Ebeler, bu rolü üstlenmek için bilimsel bilgi ışığında oluşturulmuş kanıta dayalı uygulamalardan yararlanmalıdır (7,8,121). Ayrıca ebelerin kanıta dayalı uygulamaları kullanmasının yararları arasında; ebelik bakım kalitesinin artması, toplumun ebelik mesleğine bakışının olumlu yönde gelişmesi, ebelerin mesleki otonomilerinin ve motivasyonlarının artması, sezaryen oranlarının azaltılması ve sağlık politikalarının oluşturulmasında rehberlik sağlaması yer alır (9,10).

Geleneksel olarak başlayıp, profesyonelleşen ebelik mesleğinin gelişebilmesi, bilimsel bilgilerinin yorumlanması ve kullanılmasıyla mümkündür. Ebelik mesleği geleneksel ve bilimsel olguları kapsadığı için kanıta dayalı uygulamalara en çok ihtiyaç duyan mesleki disiplinlerden biridir (11). Kanıta dayalı uygulama sürecini anlamak için, öncelikle kanıta dayalı uygulamalara yönelik inanç ve tutumların değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle kanıt temelli uygulamaların kullanımını arttırmak için atılacak ilk adım kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesidir. (12,13).

Ebelerin kanıt temelli uygulamalara yaklaşımı konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu durum, ebelerin doğum sürecindeki girişimlerinde kanıta dayalı uygulamaları kullanmaya yönelik tutumlarının doğru bir biçimde ortaya konulmasını ve sonuç olarak yapılacak girişimlerin doğru planlanmasını güçleştirmektedir. Bu bağlamda ebelerin kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirebilen geçerli, güvenilir ve standardize bir ölçüm aracı olmaması bu alanda önemli bir eksikliktir. Ebelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda tutum ve inançlarının belirlenmesi kanıta dayalı ebelik uygulamalarının arttırılması ile ilgili yöntemlerin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bu bilgilere dayanarak “Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği’ni geliştirmek, geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla metodolojik bir araştırma olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANITA DAYALI UYGULAMALARIN TANIMI

Kanıt dayalı uygulamalar, belirli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, incelenmesi ve uygulama kararları için hazır hale getirilmesi olup sağlık kurumları başta olmak üzere pek çok organizasyon için önemlidir (14,15). Kanıt dayalı uygulama tıp alanından ortaya çıkan genel bir terimdir. Klinikte en iyi en güncel kanıtları, sağlık profesyonellerinin deneyimi, hasta değerleri ve tercihlerini birleştirerek karar vermeyi içerir (16). Tıbbi bakım için karar verme sürecinde konu ile ilgili olarak yayınlanmış güncel kanıtların, hastanın tedavi edilmesi ve hizmetin iyi bir şekilde planlanması ve uygulanması amacıyla kullanılmasını hedeflemektedir (17).

Kanıt dayalı uygulama kavramı kişilere kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için bakım ortamlarında uygun kaynak, hasta tercihleri, klinik uzman görüşü ve bilimsel çalışmalardan elde edilmiş en iyi klinik kanıtların ışığında sunulacak hizmeti saptamaktır (18). Tüm sağlık profesyonelleri için uygulamalarının kanıt üzerine temellendirilmesine duyulan gereksinim giderek artmaktadır. Günümüzde kanıt temelli yaklaşımla bilimsel bilginin oluşturulması ve tüm sağlık profesyonellerinin bu bilgiye ulaşabilmesi, standart düzeyde uygulayabilmesi için klinik uygulama rehberleri ve protokoller oluşturulmuştur (11).

Kanıt dayalı uygulama araştırma ile uygulama arasındaki açığı kapatarak köprü kurulmasını sağlar. Kaliteli ve maliyet etkin sağlık bakım hizmetinin verilmesi için önemlidir (3). Ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin kanıt temelli olması için alt yapının sağlanması gerektiği bildirmiştir (15,19).

2.2. KANITA DAYALI UYGULAMALARIN TARİHÇESİ

Kanıt dayalı uygulamaların kökeni eski yıllara dayanmasına karşın, kavramsallaşarak bugünkü anlam ve tanımının ortaya çıkması 20.yüzyılın son 20 yılında gerçekleşmiştir. Kavramın gelişmesine Archie Cochrane'in çalışmaları katkıda bulunmuştur. Cochrane, sınırlı olan sağlık kaynaklarının en iyi ve en etkin şekilde kullanılması gerektiğini, bu sayede sağlık hizmetlerinde etkinliğin geliştirilebileceğini savunmuştur (17). Bu görüş, ilk dönemlerde tıp uygulamalarında kullanılmış ve Kanıt Dayalı Tıp (KDT) kavramı ortaya çıkmıştır. Daha sonra, KDT

çeşitli otoriteler tarafından Kanıta Dayalı Uygulama (KDU) ya da Kanıta Dayalı Sağlık Bakımı (KDSB) olarak kullanılması tercih edilmiştir (20).

Sağlık alanında kanıta dayalı uygulamalar öncelikle tıp ve hemşirelik alanlarında yaygınlaşmaya başlamıştır. Birleşmiş Milletler (BM) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) gibi uluslararası örgütler, ebe ve hemşirelerin verdikleri bakımı KDU'lara temellendirilmesini ve kanıta dayalı yaklaşımları kullanmasını önermekte ve desteklemektedir (21). Ülkemizde ise kanıta dayalı uygulama konusu ilk kez 2000 yılında Platin'in kanıta dayalı hemşireliğin önündeki engelleri sıralaması ile gündeme gelmiştir. Kara ve Babadağ tarafından 2003 yılında yayımlanan "Kanıta Dayalı Hemşirelik" konulu makalede ilk kez konu ile ilgili temel kavramlara ve tartışmalara yer verilmiştir (17).

Ülkemizde kanıta dayalı uygulama hemşirelik yönetmeliğinde de yer almaktadır. Yönetmeliğe göre, "Hemşirelerin görev ve sorumluluklarından birisi de bireyin, ailenin ve toplumun her ortamda hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerini belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen gereksinimler çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve denetlemektir". Bu kapsamda anlaşıldığı gibi hemşirelere kanıta dayalı uygulama sorumluluğu yüklenmiştir (22). Ebelik mesleği geleneksel, bilimsel olguları içerisinde barındıran ve kanıta dayalı uygulamalara en çok ihtiyacı olan mesleki disiplinlerden biri olması sebebiyle Sağlık bakanlığının yayınladığı doğum öncesi, doğum süreci ve sonrası rehberlerinde kanıta dayalı ebelik uygulamaları yayınlamıştır. Ebelik yönetmeliklerinde henüz bu kapsamda bir güncelleme yapılmamakta olup; ebelerin kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar öncülük edecektir.

2.3. DOĞUM SÜRECİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Doğum, kadının hayatı boyunca yaşadığı en önemli olgu ve psikososyal bir süreçtir. Normal doğum denildiği zaman olağan, alışlagelen ve uygun bir doğum şekli akla gelmektedir (23). Özellikle doğum eylemi sürecinde kanıt temelli olmayan yanlış ya da gereksiz uygulamalar ve bunların sonucunda gelişen komplikasyonlar annelerin ölüm ya da sakatlık nedenleri arasındadır (24). Bu nedenle bireysel görüşlere dayalı obstetrik uygulamalar yerini kaliteli klinik araştırmaların sistematik inceleme sonuçlarından elde edilen kanıt temelli uygulamalara bırakmaya başlamıştır. Kanıta

dayalı uygulamalar sağlık bakım hizmetlerinin her alanında olduğu gibi, doğum sürecinde çalışan ebelerin standartlar oluşturulmasına yardımcı olmuştur (25).

Doğal doğum, herhangi bir anestezi ya da müdahale olmaksızın yapılan doğumlar olarak tanımlanmaktadır. Dünyada doğal doğum oranlarının ne olduğuna ilişki yeterince veri bulunmamaktadır. İsveç'te doğal doğum oranının %10 olduğu belirtilmektedir (26). Doğumun doğallığı giderek gelişen teknoloji ve medikal bakımdan etkilenmiştir. Günümüzde doğum ağrısı ile baş edemeyeceklerini düşünen kadınların sezaryen doğumu tercih etmeleri ve vajinal doğumda anestetik maddeler ile doğum ağrısının kontrol altına alınması gibi yaklaşımlar, doğal doğum kavramından uzaklaşılmasına neden olmuştur (8,9,15,25). Sezaryen oranlarındaki artış da bu durumu desteklemektedir.

TNSA 2018 verilerine göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %52'si sezaryen ile yapılmıştır. Bu oran bölgelere ve doğumun yapıldığı kurumlara göre farklılıklar göstermektedir. TNSA 2008'e (%37) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Sezaryen kararı, doğumların %38'i için doğum sancıları başlamadan önce verilirken %14'ü için doğum sancıları başladıktan sonra verilmiştir (27). Planlanmış sezaryen oranıyla karşılaştırıldığında planlanmamış sezaryenlerin yüksek olması, sezaryen doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadığına işaret edebilir.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM), doğumun fizyolojik bir süreç ve kadının karar verici olduğunu belirterek ebelerin gerekmedikçe müdahalede bulunmamasını ve kadının özgüvenini artırıcı girişimlerle normal doğum eylemini desteklemesini ve böylece sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına katkıda bulunabileceklerini vurgulamaktadır (24).

Doğum ve doğumda yapılan tüm girişimler, etkileri ile kadının ve ailesinin yaşam kalitesinde önemli değişimlere yol açabilmektedir (29,120). Anne bebek dostu girişimi tarafından tavsiye edilen güvenli doğum uygulamaları 10 adımdan oluşmaktadır (29). Anne Bebek Doğum Girişiminin 10 Adımı, anneler ve bebekler için testlerin, tedavilerin ve diğer müdahalelerin güvenliği ve etkinliği hakkında mevcut en iyi kanıtların sonuçlarına dayanmaktadır. "Güvenli", bakımın hata ve zarar riskini en aza indiren ve normal doğum fizyolojisini destekleyen kanıta dayalı uygulamalar yoluyla sağlandığı anlamına gelir. "Etkinliğin" anlamı ise sunulan bakımın, beklenen faydayı gebenin ve bebeğinin ihtiyaçlarına kanıtlar ışığında uygun

olmasıdır. Anne ve bebek için güvenli ve etkin bakım, teknoloji ile kaynakları uygun ve ölçülü olarak kullanarak, mümkün olan en sağlıklı sonucu ve maksimum faydayı sağlamaktır (28).

Kanıt temelli uygulamaların hayata geçirilmesi ile ölümlerinin azaltılması olan Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin beşincisine ulaşılacaktır. Bu amaçla uluslararası geliştirilen kanıta dayalı rehberlerin yanısıra ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi vb. yönetim rehberleri bulunmaktadır. Geliştirilen ve sürekli revize edilen bu rehberler sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamaları takip etmeleri ve uygulamaları amaçlanmaktadır (30).

2.3.1. Doğumhaneye Kabul ve Maternal Fetal Değerlendirme

Gebenin doğumhaneye kabul süreci, gebenin doğum ve postpartum sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. Yayınlanan bir sistematik analiz çalışmasında doğumhaneye geç kabulde doğum salonunda bekleme süresinin kısaldığı, gebelerin kontrol duygusunu daha fazla hissettiği, intrapartum analjezi ve oksitosin gereksiniminin daha az olduğu belirtilmiştir (6). Kauffman ve ark. (31) çalışmasında servikal dilatasyonun 4 cm'den daha düşük olduğu gebelerin doğumhaneye kabulünde medikal müdahale ve sezaryen oranı arttığı saptanmıştır.

2.3.2. Oral Alımı

Doğum eyleminde beslenmeyle ilgili farklı prosedürler uygulanabilmektedir (32). Doğum sırasında gastrik boşalmadaki gecikmenin aspirasyon pnömonisine neden olabileceğine ve asidik mide içeriğinin ölüm riskini arttırabileceğine ve bu durumun da maternal komplikasyonların şiddetini belirleyebileceğine yönelik teorisine dayanmaktadır (32). Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği (ACOG) doğum eyleminde oral beslenme aspirasyon ve müdahaleli doğum riski olmayan gebelerin oral tanesiz sıvı besin tüketebilirler, fakat içerisinde partikül bulunan sıvılardan (çorba vb.) kaçınmasını, sezaryen doğum planlanan ve komplikasyonu olmayan gebelerde ise anesteziden iki saat önceye kadar oral yolla berrak/tanesiz sıvı verilebileceğini önermektedir (33,34). Travay sırasında oral alımın sınırlandırılması ile ilgili tartışmaların merkezinde aspirasyon ve sekelleri ile ilgili endişeler yer alır. Mevcut kılavuzlar, travayda komplike olmayan gebelerin orta düzeyde berrak sıvıları

oral alımını desteklemektedir (6). Singata, Tranmer ve Gyte (34), doğum sürecinde katı ve sıvı oral alım kısıtlamasının faydaları ve zararlarının değerlendirildiği Cochrane sistematik incelemesinde; sadece su tüketen, sadece karbonhidratlı içecekler tüketen ve hem sıvı hem hem katı besinler tüketen gebeler karşılaştırılmıştır. Risksiz gebelerin oral alımlarının kısıtlanmasında hiçbir sakınca olmadığı, sezaryen oranları, müdahaleli vajinal doğum ve 5 dakikadaki Apgar skorlarının Apgar skorlarının 7'den düşük olması ile ilgili anlamlı fark olmadığı görülmüştür (34).

Gebelerin ağızdan sıvı ve besin alımının sınırlandırılması, annede açlık ve susuzluk hissine, ketosiz, hiponatremi, hipoglisemi, uzamış doğum eylemi, bulantı ve kusma, dehidratasyon, müdahaleli doğum ve doğum sonu kanamaya, hastanede yatış süresinin artmasına anne memnuniyetsizliğine, emzirme sürecinde başarısızlığa neden olabilmektedir. Kadında açlığa bağlı stres seviyesinde artma da ketosizi şiddetlendirmektedir. Aynı zamanda açlık ağrı algılamasını da etkilemekte, kadın baş ağrısı, bulantı, hareket kısıtlılığı, kateter yerinde lokal ağrı gibi sorunlar yaşamaktadır. Tüm bu olumsuz gelişmeler kadının eyleme uyumunu zorlaştırarak eylemin ilerleyişini etkilemektedir (32). Gıda desteği verilen gebelerin eylem süresinin ile verilmeyen kadınlara göre eylem sürelerinin daha kısa olduğu bildirilmektedir (6).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi” doğrultusunda uygulamalar yapılmakla birlikte oral alım konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır.

2.3.3. Partograf Kullanımı

Partograf, doğum sürecinin ilerlemesini izlemek için kullanılan evrensel bir araç olark tanımlanmaktadır. İlk olarak 1954 yılında Freidmann tarafından tanımlanan partoğraf 1972 yılında Philpott tarafından geliştirilmiş ve 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından standardize edilmiştir. Doğumun ilerlemesi, bebeğin sağlık ve annenin sağlık durumu olmak üzere üç parametrenin izlenmesine olanak sağlamaktadır (35). Normal seyrinde ilerlemeyen bir doğumda, sefalopelvik uyumsuzluğu tanımlama ve doğum indüksiyonunu belirlemede yardımcıdır. Doğum indüksiyonunda, doğumun sonlandırılmasında ve sezaryen kararında erken uyarıcı bir sistemdir. DSÖ maternal, fetal mortalite ve morbiditeyi azalttığından dolayı doğum eylemi sırasında rutin partograf kullanımını önermektedir (36).

Sağlık Bakanlığının yayınladığı doğum eylem rehberinde doğum eyleminin takip edildiği bütün gebeliklerde spontan doğum ilerleyişini izlemek için partograf kullanılması ve aynı zamanda uzamış eylemin erken tanı ve yönetiminin de partograf ile sağlanması gerektiğini belirtmektedir (Doğum Eylem Rehberi). Partograf kullanımı, doğum olayının grafiklerle gösterilmesi ile doğum anormalliklerinin kolayca saptanmasını, doğum olayının tek bir sayfa üzerinde gözlenmesi ile doğumun takibinde kolaylık, ve doğumhane personelinin zamandan tasarruf etmesini sağlamaktadır. Sakcak ve ark (36) çalışmasında verilen partograf eğitimi sonucunda katılımcıların partograf çizme ve değerlendirme sonuçlarında olumlu düzelme izlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda, partograf kullanımının az olması eğitim yetersizliğinden kaynaklandığı partografin etkili kullanılmamasında ya da az kullanılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (35,37). Beydağ ve ark (37) 53 ebe ve hemşirede partograf kullanımına yaklaşımını inceledikleri çalışmada çalışmaya katılanların %58,5'inin daha önce hiç partograf kullanmadığı, %54,7'sinin partografla ilgili hiç eğitim almadığı ve %75,5'inin kendisini partograf kullanımı konusunda kendisini yeterli hissetmediği görülmüştür.

Partograf doğum eylemi takibinde uygulaması kolay, etkin ve ekonomik bir yöntemdir. Yeterli eğitim görmüş doktor, ebe ve hemşireler partografı kolaylıkla kullanabilirler. Hastanelerde partograf kullanımı doğum izlem kayıtlarının standardize edilmesinde, doğumu farklı zamanlarda izleyen sağlık personelleri arasında iletişimi kolaylaştırmasında ve zamanında uygun müdahale kararlarının alınmasına yardımcı olabilir (36).

2.3.4. Amniotomi Uygulaması

Amniyotomi kontraksiyonların arttırılması ve doğum süresinin kısaltılması, amniyotik sıvının mekonyum açısından değerlendirilmesi ve kontraksiyon izlemi amacıyla yapılan bir uygulamadır. Ancak assendan enfeksiyon ve kord prolapsusu riskini artırma, spontan başlayan, vajinal ya da yavaş ilerleyen doğumda uygulanması sakıncalıdır (38). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) amniyotomiye olağan şekilde ilerleyen, fetal sıkıntının saptanmadığı doğumlarda uygulamasını önermemektedir (33). Aynı zamanda ülkemizde Sağlık Bakanlığı, amniyotomi uygulamasının bilimsel kanıtlarla desteklenmediğini ve her doğum eyleminde uygulanmasını önermemektedir (39).

Amniyotominin doğum eyleminin hızlanmasına ya da obstetrik sonuçları iyileştirdiğine dair kanıtların kalitesi yüksek bilimsel çalışmalara dayanmamaktadır.

Amniyotomiye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar arasında erken dönemde annede uterus hiperstimülasyonu, kord prolapsusu, doğum ağrısında artma ve vasa previa'dır. Yenidoğanda ise fetal kalp atım hızında yavaşlama ve intrauterin enfeksiyon yer alır (39). Amniyotomi uygulamasının uzun dönem yan etkileri arasında yenidoğanda enfeksiyon gelişmesi, sepsis, takipne, respiratuar distrese ve hipotansiyona neden olabilmektedir. Kanıtlar, erken dönemde amniyotomi uygulamasının açık bir yararının olmadığını göstermektedir (40).

2.3.5. İndüksiyon Uygulaması

Doğum indüksiyonu, spontan başlamayan doğum eyleminde oksitosin hormonu ile yapılan bir müdahale olarak tanımlanmaktadır. Çoğunlukla uygulanmakla birlikte “gebelik ve doğumun doğal sürecine müdahale etmenin en sert yollarından biri” olarak da tanımlanabilmektedir (43). Doğum eyleminde indüksiyon, fetal veya neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla uygulandığında “medikal doğum indüksiyonu” olarak tanımlanırken, sağlık çalışanlarının tercihine bağlı yapılan indüksiyon maternal veya fetal endikasyon olmadan yapılan indüksiyon “elektif doğum indüksiyonu”dur (41,42). Elektif doğum indüksiyonu çoğunlukla doğum süresini kısaltılmak ve psikososyal nedenlerle uygulanır. Doğum indüksiyonunun kullanımı, özellikle de elektif doğum indüksiyonunun kullanımı morbidite riskini artırmaktadır (41).

Doğum indüksiyonu, doğum eyleminde en sık uygulanan müdahalelerden biridir. Genellikle gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha yaygın olarak uygulanmaktadır (42). DSÖ'nün 24 ülkedeki yaklaşık 300.000 doğumda anne ve fetus sağlığına ait verilerine göre; doğumların yaklaşık %10'unda doğum eylemi indüksiyonunun uygulandığı gösterilmiştir. Asya ve Latin Amerika ülkelerinde Afrika ülkelerine göre indüksiyon oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (16).

Doğum eylemi için oksitosin indüksiyonu, endikasyon olmadan (postterm gebelik, prematür membran rüptürü, ablasyo plasenta, intrauterin büyüme geriliği, diabetes, hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı gibi sistemik hastalıklar vb.) yapılmamalıdır. Spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında sentetik oksitosin

indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranları daha yüksektir. Oksitosin indüksiyonunun hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, neonatal hiperbilirübinemi, uterus rüptürü, fetal distres vb. gibi komplikasyonları söz konusudur. Aynı zamanda kadın elektif doğum eylemi indüksiyonundan dolayı hastanede ekonomik açıdan maliyet ve zaman kaybına uğrar (44).

Ebeler doğum eyleminde indüksiyonu uygulanması sırasında ve sonrasında annede ve fetüste komplikasyonlarla karşı karşıya gelebilmektedirler. Bu nedenlerle doğum indüksiyonunu ve komplikasyonlarını azaltmaya çalışarak, doğumun olağan bir şekilde ilerlemesine katkı sağlamalıdır (45). Ebelik uygulamalarının iyi olduğu gelişmiş ülkelerde müdahaleli doğum oranı düşüktür. Bu ülkelerde antenatal ve postnatal verilen hizmetler, ebe liderliğinde ve kesintisiz olarak sürdürülmektedir. (46).

2.3.6. Perine Traşı Uygulaması

Perine traşı DSÖ tarafından önerilmemesine rağmen doğum sürecinde rutin uygulamaların arasındadır (16). Perine traşının enfeksiyon oranlarını azalttığı ve perineal sütur uygulanmasını kolaylaştırdığı düşünülmekle birlikte bu konuda kanıta dayalı uygulamalar yetersizdir. Doğum sırasında perine traşı uygulamasının açık bir yararının olmadığı belirtilmiştir (40).

Doğumdan önce rutin perine traşı uygulanan ve uygulanmayanlar arasında perinede enfeksiyonu, yara açılması, neonatal enfeksiyon, maternal tatmin ve perine travması yönünden fark bulunmaktadır. Ayrıca bir çalışmada perine traşının kaşıntı, kızarıklık ve yanma gibi yan etkilerinin olduğu belirtilmiştir (47). Buna rağmen Şatır ve ark. (48) çalışmasında hemşire ve ebelerin %62,3'ünün perine traşı yapılması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir.

2.3.7. Lavman Uygulaması

Dünya Sağlık Örgütü doğumda kanıta dayalı obstetrik uygulamaların sistematik olarak benimsenmesini, etkisiz ya da zararlı olan uygulamaların değiştirilmesini ve mevcut en iyi kanıtlara dayanan uygulamaların kullanılmasını önermektedir (16). Doğum sürecinde lavman uygulaması maternal ve neonatal enfeksiyon riskini düşürdüğü, doğum eylemini hızlandırdığı ve doğum sırasında alanın kirlenmesini önlediği gerekçeleri ile Türkiyede'de rutin olarak

uygulanmaktadır (49). Ancak bu uygulama kanıta dayalı uygulamalar ve anne dostu uygulamalar kapsamında yer almamaktadır.

İntrapartum lavman uygulaması ile ilgili bazı çalışmalar incelendiğinde bir sistematik derlemede, bu uygulamanın perinatal, neonatal enfeksiyon oranları ve kadının memnuniyeti üzerinde etkisinin olmadığı ve doğum eyleminde rutin olarak uygulanmaması gerektiği bildirilmiştir (50). Yapılan başka bir çalışmada doğum eyleminde lavman uygulamasının ikinci evrenin uzunluğu, doğum ağrısı, APGAR skoru, doğum deneyimi ve bakım hizmetlerinden memnuniyeti, doğum sonrası anne ve yenidoğan enfeksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı belirtilmiştir. Ancak kadınların doğumda dışkı kaçırmayı utanç verici buldukları ve lavman uygulamasını gerekli gördükleri saptanmıştır (49).

2.3.8. Epizyotomi Uygulamaları

Epizyotomi fetal hipoksinin önlenmesi, perinenin tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemek, anal sfinkterin korunmak amacı ile bebek başı doğarken perinede bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi bir insizyondur. Fetus başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlar (51).

Epizyotomi ilk olarak 1742’de İrlanda’lı Ould adlı erkek ebe tarafından tanımlanmış ancak yaygın olarak kullanımı 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra uygulanmaya başlamıştır (11,29). Gelişen teknoloji ile daha sonraki yıllarda tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ve birçok ülkeyle birlikte Türkiye’de de rutin olarak yapılan bir uygulamaya dönüşmüştür. Yapılan çalışma sonuçları ve çeşitli sağlık kuruluşlarından yapılan açıklamalar ile epizyotominin gerekli olduğu durumlarda yapılması konusu gündeme gelmiş ve uygulanma oranı gelişmiş ülkelerde azalmıştır. (9,49,51). Son yıllarda ülkemizde epizyotomi uygulanma sıklığının gelişmiş ülkelere göre farklı olduğu, primiparlara rutin, multiparlara ise gerektiğinde epizyotomi yapıldığı görülmektedir.

Epizyotominin rutin uygulaması ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; Cochrane veri tabanında yer alan metaanalitik bir çalışmada kısıtlayıcı epizyotomi (sadece endike olgularda uygulanan) ile rutin epizyotomi arasında ağrı, disparoni ve üriner inkontinans açısından bir fark olmadığı, ancak kısıtlayıcı epizyotominin posterior perineal travma, sütüre edilme ihtiyacı, erken dönem yara yeri komplikasyonları

yönünden daha düşük riske sahip olduğu bildirilmektedir (52). Literatür ve kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili çalışmalara dayanarak; Doğumda uygulanan epizyotomi, fetüs ve anne açısından riskli bir durum görüldüğünde uygulanmalı, rutin kullanımı olmamasının yanısıra gerekmedikçe sınırlandırılmalıdır.

2.3.9. İkınma Teknikleri ve Fundal Bası

Doğum eyleminin ikinci evresinde spontan (açık glotis-nefes vererek) veya valsalva tipi (kapalı glotis-nefes tutarak) ıkınma teknikleri kullanılmaktadır (25,53). Robert ve ark. (53) tarafından incelenen ve 2953 kadını içeren dokuz çalışmada, termde, verteks pozisyonunda tek fetüse sahip olan ve epidural anestezi uygulanan kadınlarda geç ıkınmaya başlamanın (acil ıkınma isteği gelene kadar bekleme), ikinci evrede uzama ve spontan vaginal doğum insidansında anlamlı yükselmeyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Geç ve erken ıkınan gruplarda yenidoğan sağlık durumu, müdahaleli vaginal doğum ve sezeryan yönünden ise farklılık görülmemiştir.

Çoğu kadın spontan olarak doğum eyleminin ikinci evresinde valsalva tipi ıkınmayı seçmektedir. Doğum eyleminde kadınları valsalva tipi ıkınma konusunda yönlendirmek ikinci evrenin süresini kısaltmaktadır. Ancak, bu ıkınma tipinde, uzun süreli nefes tutarak ıkınmadan dolayı fetüs sağlığı olumsuz yönde etkilenebileceğinden kısa süreli spontan ıkınma tekniği önerilmektedir (6).

Spontan ıkınmaya karşın, valsalva tip ıkınmanın devamlılığı yönünde cesaretlendirme, doğum eyleminin ikinci evresini biraz kısaltmakta ancak, fetüsün asit-baz dengesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (7). Literatürde, valsalva tipi ıkınmayı öneren kanıtlar henüz yoktur. Kadınlara kısa süreli spontan ıkınma ya da öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine kendi bedenlerini, içgüdülerini dinlemeleri, kadının tercih ettiği ve en etkili uyguladığı tekniği kullanması yönünde teşvik edilmesi önerilmektedir (54).

Fundal bası; doğumun ikinci evresini kısaltmak amacı ile fundusa basınç uygulanmasıdır. Kanıt temelli olmayan bu uygulama gelişmiş ülkelerde müdahaleli doğumlarda uygulanırken, gelişmekte olan ülkelere çoğunlukla rutin olarak uygulanmaktadır. Doğumun ikinci evresinde uygulanan fundal bası da kadının sağlığını etkileyen olumsuz bir uygulamadır (55). Fundal basınç uygulamasına'na yönelik doğumda aktif rol olan sağlık ebe, hemşire, doktor kanıt temelli olmayan,

annelerde olumsuz ve travmatik etki yaratan bu geleneksel uygulamadan kaçınmalıdır (56).

2.4. KANITA DAYALI EBELİK

Kanıt dayalı uygulamalar, verilecek sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli olmakla birlikte kadın sağlığı için yapılacak uygulamaların kanıt dayalı olması doğrudan toplum sağlığını etkilediğinden oldukça önemlidir (57). Çalışma alanı kadın sağlığı olan ebeler mesleği hem geleneksel hem profesyonel özelliklere sahip olduğundan kanıt dayalı uygulamalara en çok ihtiyaç duyulan mesleklerden biridir. Kanıt dayalı ebeler uygulamalarının gerçekleştirilmesi ile güvenilir, kaliteli ve standart uygulamalar yapılması hedeflenmektedir. Ebeler; uluslararası alanda benimsenen kanıt dayalı uygulamalar doğrultusunda bakımı sağlamaktan sorumludur. Özellikle kanıt dayalı olmayan rutin uygulamalara bağlı olarak doğumun normal doğasından uzaklaşmayı engellemek için kanıt dayalı uygulamaların ebeler alanında kullanılması zorunludur (21). Ebelerin prenatal, doğum ve postnatal dönemde gebe, anne, yenidoğana yönelik vereceği bakım; bebek ve anne açısından oldukça önemlidir. Kanıt temelli uygulamaların yaygınlaşmasıyla bakımın kalitesi artacak, hedeflenen sağlık göstergelerine ulaşılması sağlanacaktır (6).

Doğum eylemi sürecinde yapılan yanlış/gereksiz uygulamalar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar, kadınlarda riskler ya da ciddi sağlık sorunu oluşturabilir. Bu süreçte geleneksel uygulamaların ve bireysel deneyimlerin yerine, kanıt dayalı uygulamaların kullanılması ile bakımda standardizasyon, hataların ve gereksiz uygulamaların ortadan kalkmasını, hasta memnuniyetinin artmasını sağlar. Bu konuda yasal olarak ebelerin kullanımına sunulan uygulamaların standartlaşmasını destekleyen rehberler Sağlık Bakanlığı tarafından Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi vb. hazırlanıp kullanıma sunulmuştur. Yayınlanan ve güncellenen klinik uygulama rehberleri özellikle ebeler ve kadın doğum hemşirelerinin kanıt temelli uygulamaları takip etmeleri ve uygulamalarını standartlaşması açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık bakım hizmeti veren ebelerin uygulamalarının bilimsel araştırmalar ile desteklenmesi, KDU içerisinde en iyisinin belirlenmesi ve uygulanması; bakımın kalitesini ve standardını sağlayarak, uygulamaların nitelik ve niceliğini geliştirecek ve sonuç olarak kadın ve çocuk sağlığını yükseltecektir (58).

Gebelik, doğum ve sonrası süreçlerde, anne ve fetüs sağlığını korumak ve riskleri kontrol altına almak için kanıta dayalı uygulamalar ile klinik deneyimin entegrasi son derece önemlidir (25). Bilgi, tecrübeve karar verme arasındaki ilişki ebeliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Kanıta dayalı uygulamalar deneyim ve karar verme arasında ilişki kurarak ebelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar (59).

2.5. EBELERİN KANIT TEMELLİ ÇALIŞMASININ ETKİLERİ

Ebelik mesleği geleneksel ve bilimsel olguları içerisinde barındırdığı için kanıta dayalı uygulamalara en çok ihtiyacı olan mesleki disiplinlerden biridir Gebeye verilecek bakımların kanıt temelli olması hem bakım vereni hem de bakım alanı rahatlatması ve geri dönüşlerin olumlu olması açısından çok önemlidir Fizyolojik bir durum olan doğum eyleminde kanıt temelli ve kadının doğasına ters düşmeyen uygulamalara çokça gereksinim duyulduğu bir gerçektir (60).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na göre bir ebe; klinik kararlarda özerk, mesleki etik değerler ve insan haklarına saygılı, kanıta dayalı bakım standartlarına uygun hareket eden, sürekli bilgilerini güncelleyen profesyonellerdir (61).Mesleki profesyonellik, mesleğin standartlarının oluşturulmasında ve kaliteli bakım sunulmasında oldukça önemlidir (62).

2.6. EBELİKTE KANITA DAYALI UYGULAMALARIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Sağlık bakım hizmeti sunan ebelerin verdikleri bakımı en iyi kanıta dayandırmasına olan gereksinim giderek artmaktadır. Bu gerekliliğe ragmen KDU'ların uygulanması ile ilgili engeller olduğu, hemşire ve ebelerin KDU'lara yönelik bilgi ve becerilerinin düşük olduğu belirlenmiştir (3,120).

Filby ve ark. (63) ebelerin bakım kalitesini engelleyen etmenleri derlediği sistematik çalışması sonucunda; ebelerin sosyal ayrımcılık, kurumdaki hiyerarşi, yönetim, güvenlik eksikliği, ücret ve sınırlı boş zaman sorunları, ebenin sadece kendi alanında görevlendilmemesi ve eğitimini aldığı uygulamaları yapmasının kısıtlanması gibi sorunları vurgulamışlardır. Hem hizmet almaya hakkı olan gebe, kadın, çocuk için hem de ebenin mesleki öneminin, anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkisinin

fark edilebilmesi için, bu konunun acil olarak insan hakları gündeminde olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Eğitim kalitesinin artırılması, ebelerin kendi mesleğini yapabilmesi için yasal düzenlemelerin yapılması, mesleki olarak ebenin statüsünün öneminin fark edilmesi ve yeni düzenlemelere zemin oluşturacak tutarlı ve kanıta dayalı çalışmaların yapılmasının önemi ebeler tarafından fark edilebilir hale getirilmelidir.

2.7. ÖLÇEK GELİŞTİRMENİN ÖNEMİ

Ölçekler bireylerin doğrudan gözlenemeyen özelliklerinin ne ve nasıl olduğunu ortaya çıkarmaktadır (64). Ölçme işlemini kolaylaştırmanın yanında, çıkan sonuçların niteliğinin de belirlenmesini sağlar. Bilimsel gelişme ölçmeye dayanır, etkin ölçüm araçlarıyla yapılan ölçmeler de bu gelişmeyi artırır (65).

Ölçme, belirli bir amaç için yapılır ve elde edilen değerlendirmeler ile karar verilmesi sağlanır. Verilen kararların doğruluğu ve etkinliği kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına, dolayısıyla değerlendirmede kullanılacak olan ölçümün uygun olmasına bağlıdır. Bu nedenle ölçüm aracının standardize olması önem arz etmektedir (66).

Günümüzde sağlık bilimlerinde tutum, davranış ve beceri ölçümünü gerektiren durumlarda genellikle ölçek kullanımı tercih edilmektedir (67). Araştırmacılar genellikle yurtdışında geliştirilen ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yaparak kullanmaktadır. Ancak bu durum bazen kültür farklılığından dolayı dezavantaj sağlamaktadır.

Özellikle sağlık çalışanlarının herhangi bir uygulamaya yönelik tutumlarını bilmek, davranışlarını önceden kestirebilmeyi, kontrol edebilmeyi ve olumsuz tutumlarının ortaya çıkaracağı sonuçlara ilişkin önlemlerin alınmasını sağlamaktadır. Tutum ve tutumun ortaya çıkardığı davranışın ilişkisinin anlaşılması ve davranışın kestirilebilmesi tutumların güvenilir bir şekilde ölçülmesine bağlıdır. Tutum ölçeklerinin geliştirilmesi de tutumların bilimsel yöntemlerle incelenip kişiler hakkındaki çeşitli kararlarda kullanılmasına olanak vermiştir (68). Kanıta dayalı ebelik sürecini hızlandıracak stratejilerin geliştirilebilmesi ebelerin konu ile ilgili tutumlarının bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle geliştirilen ölçeklerle bilimsel çalışmaların yaygınlaştırılması bu doğrultuda yol gösterici olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu Araştırma ebelerin doğum sürecinde kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirebilen geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı (ölçek) geliştirmek amacıyla metodolojik bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Araştırmada yantılanması beklenen sorular

- Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek geçerli midir?
- Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek güvenilir midir?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Eylül 2020 - Ocak 2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı İstanbul Avrupa Bölgesinde yer alan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan ebeler oluşturmuştur.

Ölçek geçerlilik güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının beş on katı olması önerilmektedir (65,69,70). Literatürde yer alan ve geçerlik, güvenirlik analizleri için Madde başına en az 5, ideal olarak 15 kişide ölçüm yapılması veya en az 200'ün üzerindeki bir katılımcı grubuna ulaşılması gerekir (71). Faktör analizinin yapılabilmesi için ölçek madde sayısının en az 5 en fazla 50 katı kadar örneklem seçilmesinin kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (72). Örneklem büyüklüğü açısından 200 katılımcının makul, 300 katılımcının iyi ve 500 katılımcının çok iyi olduğu belirtilmiştir (73). Araştırmanın örneklemi çalışmaya elektronik posta ile çalışmaya katılmayı kabul eden 490 ebe oluşturmuştur. Araştırma örneklemini madde başına 10 katılımcı ve toplam 490 katılımcı ile iyi düzeydedir.

Araştırmaya ebelerin dahil edilme kriterleri;

- Ebelerin doğumhanede çalışıyor olması

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Araştırma dışlanma kriteri;

- Ebe olup başka klinik ve birimlerde çalışanlar

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada Kişisel Özellikler Bilgi Formu, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYT) ve Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel ve Mesleki Özellikler Bilgi Formu (EK 1)

Kişisel Özellikler Bilgi Formunda yaş, meslekte çalışma yılı, mezun olduktan sonra doğum yaptırmama durumları, yardımsız doğum yaptırmama durumlarını sorgulayan beş sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYT) Ölçeği (EK 2)

Ölçek Ruzafa-Martinez ve ark. (74) tarafından 2011 yılında hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek 15 madde ve *inanç ve beklentiler, uygulama niyeti, duygular* olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin sekizi olumlu (1,2,5,7,9,11,13 ve 14 maddeler) yedisi olumsuzdur (3,4,6,8,10,12. ve 15. maddeler). Ölçeğin değerlendirilmesinde olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Kesme noktası bulunmayan ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmakta ve yüksek puan kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir (74). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Ayhan ve ark. (13) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin cronbach alpha katsayısı $\alpha=0.90$ olarak belirlenmiştir. Mevcut araştırmada ölçeğin Cronbach alfası 0,86 olarak saptanmıştır (Ek 2).

3.4.3. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğini Geliştirme Aşamaları

Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum ölçeği üç aşamada geliştirilmiştir. Birinci aşamada ölçek maddeleri oluşturulmuş,

ikinci aşamada geçerlilik çalışması kapsamında kapsam, yüzeysel ve yapı geçerliliği incelenmiş ve üçüncü aşamada güvenirlik çalışması yürütülmüştür (75).

3.4.3.1. Madde havuzu aşaması: Ölçek ifadelerinin oluşturulmasında DSÖ'nün önerileri dikkate alınmış; doğum kendiliğinden başlamalı, doğum süresince kadın serbest hareket edebilmeli, doğum süresince gebe olan kişiye duygusal ve fiziksel yönden destek sağlanmalı, ihtiyaç duyulmayan tüm müdahalelerden uzak durulmalı, doğumda sırt üzeri doğum pozisyonu yerine diğer pozisyonlar için destek olunmalı ve doğum sonrasında anne ile bebeği birlikte kalmalı olmak üzere kanıta dayalı uygulamalar dikkate alınmıştır (9,76) Madde havuzu psikolojik destek (11), oral alımı (6,77) ağrı ve masaj (78), doğumhaneye kabul (24), partograf kullanımı (47) fetal monitorizasyon uygulamaları (55,79), amniotomi uygulaması (39), vajinal muayene (80) İndüksiyon uygulaması (41), hareket kısıtlaması (24), perine traşı (47) lavman uygulaması (49), ıkınma teknikleri (54), fundal masaj (55), epizyotomi uygulaması (51), erken doğum sonu uygulamaları ile ilgili kanıtlar (81) kapsayan toplam 86 ifadeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur (EK 3).

3.4.3.2. Ölçeğin geçerlik çalışması: Ölçeğin geçerliliği kapsam geçerliliği, yüzeyel geçerliliği, yapı geçerliliği ve ölçüt ve ölçüte dayalı geçerlilik ile incelenmiştir.

3.4.3.2.1. Kapsam geçerliliği uzman görüşü aşaması: Taslak ölçeğin kapsam geçerliliği konu ile ilgili uzmanların belirlenmesi, uzmanlar için değerlendirme sorununun hazırlanması ve uzman görüşlerinin alınması, verilerin analizi ve ölçek maddelerinin belirlenmesi olmak üzere dört aşamada gerçekleştirilmiştir (70,82).

Uzman görüşleri doğrultusunda ifadelerin kapsam geçerlik oranını belirlemede Davis ve Lawshe olmak üzere iki teknikten yararlanılmaktadır. Taslak ölçekte yer alan ifadelerin kapsam geçerliği uzman görüşü ile test edilmiş, ifadelerin kapsam geçerlik oranı ve ölçeğin kapsam geçerlik indeksi Davis tekniği ile değerlendirilmiştir. Davis tekniğine göre oluşturulan formda uzmanlar tarafından maddelerin uygun, madde hafifçe gözden geçirilmeli, madde ciddi olarak gözden geçirilmeli, madde uygun değil şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir (65).

Kapsam geçerliği için 86 ifadelik taslak ölçek alanında uzman 16 kişinin görüşüne elektronik posta ile sunulmuştur. Davis tekniği ile maddelerin Kapsam Geçerlilik Oranı ve taslak ölçeğin Kapsam geçerlik İndeksi değerleri hesaplanmıştır. Maddelerin KGO değeri maddelerin uygun, madde hafifçe gözden geçirilmeli

seçeneğini işaretleyen uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Çalışmada KGI'nin 0.80 büyük olması beklendi ve bu doğrultuda maddeler ölçekten çıkarılı ve uzman önerileri doğrultusunda ölçekte gerekli düzeltmeler yapıldı (82,83). Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda birbiri ile yakın ilişkili (n=2), aynı durumu tekrarlayan ve anlaşılması güç olan ifadeler (n=43) taslak ölçekten çıkartılmıştır.

3.4.3.2.2. Pilot Uygulama aşaması: Literatürde uzman görüşleri alınarak kapsam geçerliği sağlanan taslak ölçeğin, örneklem ile benzer özelliklere sahip olan küçük bir örnekleme (10-30 kişi) uygulanması ve anlaşılmayan maddelerin düzeltilmesi önerilmektedir (84). Bu doğrultuda 30 kişilik pilot grubun ölçek maddelerinin düzgünlük ve anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği yönünden değerlendirilmiştir. Pilot uygulama sonrasında araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Pilot uygulama sonrası birbiri ile yakın ilişkili (n=9), aynı durumu tekrarlayan ve anlaşılması güç (n=3) olan ifadeler taslak ölçekten çıkartılmıştır.

3.4.3.2.3. Yapı geçerliliği: Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile değerlendirildi.

Açıklayıcı faktör analizi: Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için öncelikle Temel Bileşenler (Principal Components) ve varimaks rotasyon (Rotated Component Matrix) tekniği ile açıklayıcı faktör analizi yapılması önerilmektedir (85,86). Açıklayıcı faktör analizi yapılmadan önce veri setinin faktör analizi için uygunluğunun incelenmesi ve Kaiser-Meyer-Okin (KMO) ve Barlett Sphericity testlerinin yapılması önerilmektedir. Veri setinin faktör analizine uygun olduğuna karar vermek için KMO değerinin 0.50'dan yüksek olması ve Barlett testinin anlamlı çıkması gerekmektedir (87)

Açıklayıcı faktör analizi birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli bir kümede biraraya getirmede kullanılır (85). Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum ölçeği maddelerinin arka planında hangi faktörlerin bulunduğu açıklayıcı faktör analizinden, ölçek maddelerinin hangi başlıklar altında gruplandığını saptamak Temel Bileşenler Analizi yöntemi Varimax Rotasyonundan yararlanılmıştır (86,88,89).

Araştırmada her bir ifadenin bir faktör altında yer alması ve faktör yük değerinin 0.32'den yüksek olması beklendi. Birden fazla faktör altında yer alan ve faktörler altında aldığı değerler arasındaki fark 0,10'dan küçük olan maddeler binişik kabul edildi ve ölçekten çıkarıldı (70,89,90).

Doğrulayıcı faktör analizi: Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan açıklayıcı faktör analizi ile ortaya konulan modellerin doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanması önerilir. Doğrulayıcı faktör analizinin değerlendirilmesinde uyum indekslerinden yararlanılır. İyilik uyum indeksleri tasarlanan modelin gerçek ile ne derece uyuştuğunu test eder, dolayısıyla modelin yapısal geçerliliğini (construct validity) ortaya koyar (91). En sık kullanılan uyum indeksleri Ki-kare / Serbestlik Derecesi, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation), Sdandartize Ortalama Hataların Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual- SRMR), Karşılaştırmalı Uyum indeksi (Comparative Fit Index-CFI) Normalleştirilmiş Uyum indeksi (normed Fit Index- NFI), Normlaştırılmamış uyum İndeksi (Non-normed Fit Index- NNFI) ve Basitlik Uyum indeksi (parsimony Goodness of Fit index-PGFI) (70,86,91). χ^2/df değerinin beş ve altında olması, SRMR'nin sıfıra eşit olması iyi uyumu gösterirken RMSEA, CFI, NFI, NNFI ve PGF I değerlerinin 1 yaklaşması uyumu gösterir (70). Araştırmada uyum indekslerinin kabuledilebilir sınırlarda olması beklenilmiştir.

3.4.3.2.4. Kriter geçerliliği: Yeni geliştirilen ölçeğin kriter geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYT) ölçeği kullanıldı. Kriter geçerliği için, aynı kavramsal yapıyı ölçen ölçeklerde korelasyon katsayısının .70 - .80 gibi güçlü değerler olması beklenir. Kavramsal olarak geliştirilen ölçeğe benzer ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda ise, orta derecede ilişkiyi gösteren .50 - .70 büyüklüğündeki korelasyon katsayıları geçerlik kanıtı olarak değerlendirilirken .30'un altındaki değerler belirsizliği ifade ettiği önerilmez (66,70). Çalışmada Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYT) ile Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede ilişki beklendi.

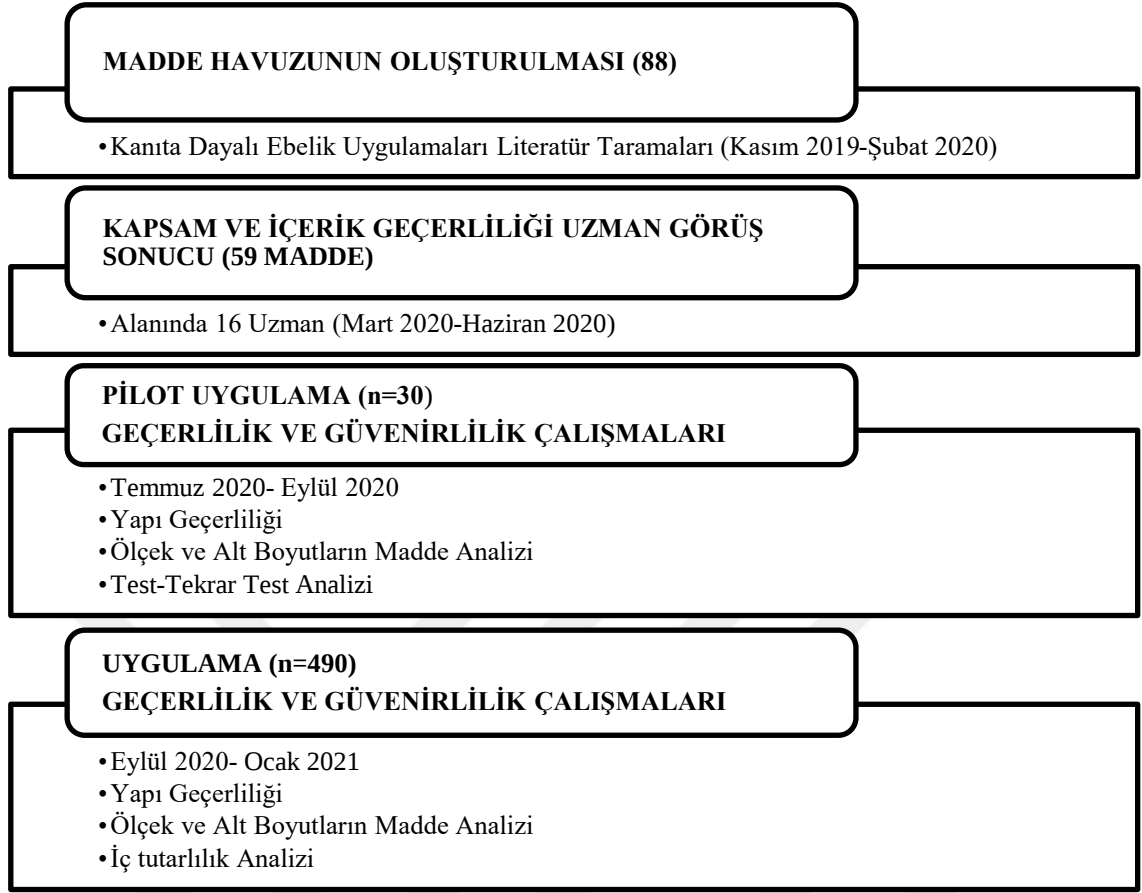
3.4.3.3. Ölçeğin güvenirlik çalışması: Güvenirlik incelemesinde ölçeğin değişmezliği kapsamında test- tekrar test, iç tutarlılık kapsamında Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu analizi ile güvenirliği ile incelenmiştir.

3.4.3.3.1. Test retest: 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 uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır. Test- tekrar test korelasyon katsayısı en az 0,80 olmalıdır. Bazı bilim adamları 0,70 güvenilirlik katsayısının da yeterli olabileceğini belirtmişlerdir (66).

3.4.3.3.2. İç tutarlılık: Geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğini test etmek için Cronbach's alpha ve madde toplam korelasyonundan yararlanıldı (92,93).

3.4.3.3.3. Cronbach alpha: Cronbach's alpha belirli bir alanı ölçtüğü varsayılan soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun iyi bir ölçütüdür. Ölçüm araçlarında maddelerin birbirleriyle tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirler (93). Çalışmalarda 0,90 ideal olarak güvenilir fakat 0,80 yüksek derecede güvenilir ve 0,70 oldukça güvenilir olarak değerlendirilmektedir (94,95). Araştırmada yeni geliştirilen ölçekler için önerilen 0,80 değer ve üzeri beklenildi (65).

3.4.3.3.4. Madde toplam korelasyonu: Ölçekteki maddelerin aynı niteliği daha iyi bir şekilde ölçüp ölçmediği ve maddelerin kavramsal yapıya yaptıkları katkı konusunda fikir sahibi olabilmek için geliştirilen ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanır (92,93). Madde-toplam korelasyon katsayısının negatif ve 0,20 ve üzerinde olması gerekir (96,97).



Şekil 3.1: Araştırma süreci

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamına aktarılarak ve Statistical Package for the Social Sciences 21 (SPSS 21) ve LISREL aracılığı ile analiz edilmiştir. Kullanılan istatistiki yöntemler Tablo 3.1’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Çalışmada verilerin analizinde kullanılan istatistiki yöntemler

	Analiz Yöntemi	Geçerlik/Güvenirlilik
Kapsam (içerik) Geçerliliği	Davis Tekniği	Geçerlik
Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)	Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis ve Varimax Rotasyon Yöntemi)	Geçerlik
Örneklem büyüklüğü ve uygunluğu testleri	Kaiser Meyer Olkin Örneklem Yeterlilik Testi Barlett’ Küresellik Testi	
Madde Analizi(n=490)		Güvenirlilik
Tüm grup için adde Toplam Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	

Tablo 3.2: (devam)

Alt Boyutların Madde Analizi		Güvenirlilik
Alt Boyutların Madde-Toplam Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Güvenirlilik Korelasyon Analizi	
İç Tutarlılık Aanalizi	Cronbach Alfa Analizi	Güvenirlilik
Test-Tekrar Test Analizi(n=30)		Güvenirlilik
Test-Tekrar Testt Puan Ortamaları Arasındaki Uyumluluğun Değerlendirilmesi	Pearson momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	
Yarıya Bölme	Bağımlı Gruplarda t testi	

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulanabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 10.02.2020 tarih ve 20/47 sayılı etik onayı alınmıştır (Ek 4). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde araştırmanın yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındı. (Ek 5). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin kullanımı için ölçek sahibinden elektronik posta ile izin alınmıştır (EK 7). Araştırma kapsamına alınan hastanelerde çalışan ebelerle araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebelerle online olarak ölçek gönderildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebelerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı (EK 7). Ebelerin bilgilerinin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "gizlilik ve gizliliğin korunması" ilkesine uyulmasına özen gösterildi.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırma, İstanbul da yer alan kurum izinleri alınan 3 Sağlık Bakanlığı Hastanesinde görev yapan ebelerle gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olarak belirlenmiştir. Ancak pandemi dönemi olması nedeniyle anketler Eylül 2020 - Ocak 2021 tarihleri arasında online (google forms) olarak uygulanmıştır.

3.8. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu sınırlılıklar; ölçeğın geçerlik güvenirlik çalışmasının yalnızca kamu hastanelerinde çalışan ebeleri kapsaması, pandemi nedeniyle veri toplamının online olarak gerçekleştirilmesi, ulaşılabilen katılımcı sayısının az olması nedeni ile açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizinin aynı örneklem grubunda incelenmesi, verilerin ebelerin öz bildirimine dayanmasıdır.

Anketlerde veriler genellikle yüzyüze görüşme, telefon ve online olarak toplanabilmektedir (98). Ancak online anket uygulamasının kolay, hızlı ve ucuz olmasına olma gibi avantajlarının yanı sıra cevap verememe, yanlış cevap verme, erişim problemleri, özensiz cevap verme gibi dezavantajları vardır.

4. BULGULAR

Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğinin geliştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmada bulgular Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliği, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması olmak üzere dört başlık altında verilmiştir.

1. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin kapsam geçerliliğine ait bulgular
2. Ebelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular,
3. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin geçerlilik bulguları (kapsam geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve eş zamanlı ölçek geçerliliği ile incelenmiştir.)
4. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin güvenirlik analizine ait bulgular (test-tekrar test, iç tutarlılık analizi ve yarıya bölme yöntemi)

4.1. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİNE AİT BULGULAR

4.1.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Taslak ölçeğin kapsam geçerliliği alanında uzman 16 kişinin görüşüne sunuldu ve Davis tekniğinden yararlanılarak KGO, KGİ değerleri (Tablo 4.1, Tablo 4.3) saptandı. Taslak ölçekte yer alan ifadelerin KGO'nın 0,44-1 arasında değiştiği görüldü. KGO'nın 0.80 altında olduğu belirlenen 43 ifade taslak ölçekten çıkartıldı (Tablo 4.2). Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda anlam bakımından birbirine benzeyen iki ifade birleştirildi. KGO'nı 0,88-1,00 arasında değişen 41 ifadelik taslak ölçeğin KGİ= 0,893 olarak saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.1: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeğinin uzman görüşlerinin değerlendirilmesi (N=16)

		Madde Özelliği Temsil Ediyor	Madde Biraz Düzeltilmesi Gerekli	Madde Oldukça Gözden Geçirilmeli	Madde Özelliği Temsil Etmiyor	KGO	Karar
Madde 1	10	3	0		3	0,63	Red
Madde 2	10	2	1		3	0,50	Red
Madde 3	11	4	0		1	0,88	Kabul
Madde 4	12	1	2		1	0,63	Red
Madde 5	11	1	0		4	0,50	Red
Madde 6	9	3	2		2	0,50	Red
Madde 7	14	1	1		0	0,88	Kabul
Madde 8	13	0	2		1	0,63	Red
Madde 9	14	1	1		0	0,88	Kabul
Madde 10	10	1	2		2	0,44	Red
Madde 11	13	1	2		0	0,75	Red
Madde 12	14	1	1		0	0,88	Kabul
Madde 13	11	1	3		1	0,50	Red
Madde 14	12	2	1		0	0,81	Kabul
Madde 15	14	1	1		0	0,88	Kabul
Madde 16	8	4	3		1	0,50	Red
Madde 17	11	1	4		0	0,50	Red
Madde 18	10	5	1		0	0,88	Kabul
Madde 19	13	1	2		0	0,75	Red
Madde 20	12	2	2		0	0,75	Red
Madde 21	13	2	1		0	0,88	Kabul
Madde 22	13	2	1		0	0,88	Kabul
Madde 23	12	3	1		0	0,88	Kabul
Madde 24	9	3	1		3	0,50	Red
Madde 25	12	3	0		1	0,88	Kabul
Madde 26	10	5	1		0	0,88	Kabul
Madde 27	11	4	1		0	0,88	Kabul
Madde 28	12	3	1		0	0,88	Kabul

Tablo 4.1: (devam)

Madde 29	11	2	3	0	0,63	Red
Madde 30	12	4	0	0	1,00	Kabul
Madde 31	10	2	0	4	0,50	Red
Madde 32	11	1	1	3	0,50	Red
Madde 33	11	2	2	1	0,63	Red
Madde 34	12	1	1	2	0,63	Red
Madde 35	12	0	1	2	0,56	Red
Madde 36	10	3	1	2	0,63	Red
Madde 37	10	3	0	3	0,63	Red
Madde 38	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 39	13	1	1	1	0,75	Red
Madde 40	14	1	0	2	0,81	Kabul
Madde 41	10	2	2	2	0,50	Red
Madde 42	16	0	0	0	1,00	Kabul
Madde 43	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 44	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 45	11	3	0	2	0,75	Red
Madde 46	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 47	12	2	0	2	0,75	Red
Madde 48	11	3	0	0	0,88	Kabul
Madde 49	11	4	0	1	0,88	Kabul
Madde 50	13	1	0	1	0,81	Kabul
Madde 51	10	2	2	2	0,50	Red
Madde 52	13	2	1	0	0,88	Kabul
Madde 53	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 54	12	2	0	2	0,75	Red
Madde 55	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 56	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 57	11	1	1	3	0,50	Red
Madde 58	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 59	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 60	12	1	2	1	0,63	Red
Madde 61	12	1	0	3	0,63	Red

Tablo 4.1: (devam)

Madde 62	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 63	13	1	1	1	0,75	Red
Madde 64	12	1	2	1	0,63	Red
Madde 65	15	1	0	0	1,00	Kabul
Madde 66	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 67	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 68	13	0	1	2	0,63	Red
Madde 69	13	1	0	2	0,75	Red
Madde 70	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 71	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 72	11	2	1	2	0,63	Red
Madde 73	11	3	1	0	0,81	Kabul
Madde 74	11	1	1	3	0,50	Red
Madde 75	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 76	12	2	2	0	0,75	Red
Madde 77	13	1	0	2	0,75	Red
Madde 78	13	1	2	0	0,75	Red
Madde 79	12	2	0	2	0,75	Red
Madde 80	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 81	11	2	1	2	0,63	Red
Madde 82	15	1	0	0	1,00	Kabul
Madde 83	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 84	13	1	1	1	0,75	Red
Madde 85	13	0	2	1	0,63	Red
Madde 86	10	1	1	4	0,38	Red

Tablo 4.2: Kapsam geçerlik oranı hesaplanmasından sonra ölçekten çıkarılan ifadeler

Madde 1	Gebe, ebeinin elini tutmak isterse, ebeinin izin vermesi gerektiğini düşünmeli
Madde 2	Ebe, doğum sürecinde gebeyi yakınları ile görüştürebilmek için elinden geleni yapmalı
Madde 4	Doğum sürecinde gebenin yakınları ile görüşmesi sağlanmalı
Madde 5	Gebenin doğum sürecinde yakınları ile görüştürülmemeli
Madde 6	Gebe, istediğinde ebeinin elini tutmamalı
Madde 8	Gebeye doğum sürecinde sürekli bilgi vermeli
Madde 10	Ebe doğum sürecinde gebenin fiziksel, duygusal, sosyal ve kültürel gereksinimlerini karşılamalı
Madde 11	Ebe, gebenin susuzluk hissini değerlendirmesi gerektiğini düşünmeli
Madde 13	Doğum sürecinde gebenin ağız kuruluğunu gidermek için ağzına buz parçaları vermeli
Madde 16	Gebenin sık sık yüzünü yıkamasını sağlamalı
Madde 17	Gebe susarsa su içmesine izin verilmeli
Madde 19	Gebeye ağızdan hafif tatlı sıvı gıdalar verilmeli
Madde 20	Gebenin ağız kuruluğunu gidermek için ağzına buz parçaları verilmeli
Madde 24	Ebe, sancısı olan gebe ile göz teması kurmamalı
Madde 29	Gebenin doğum ağrısı başladığında ılık duş almalı
Madde 31	Gebenin sakral bölgesine dokunulmamalı
Madde 32	Gebe istediğinde sakral bölgeye masaj uygulanmalı
Madde 33	Alternatif ağrı yönetimi ve yöntemleri konusunda gebe bilgilendirilmeli
Madde 34	Gebenin ağrıları başlar başlamaz doğumhanede takip edilmeli
Madde 35	Gebe doğumhanede takip edilmek isterse ebe onu doğumhaneye almalı
Madde 36	Gebe gelir gelmez vajinal muayene yapılmadan doğumhaneye alınmalı
Madde 37	2-3 cm dilatasyonu olan gebe doğumhaneye alınmalı
Madde 39	Aktif doğum eylemi (dilatasyon 4cm genişliğine eşit veya daha büyük) olana kadar termdeki bir gebenin doğumhaneye alınması ertelenmeli
Madde 41	Partograf kayıtları zorunlu olmamalı
Madde 45	Ebe gebeyi NST’de sürekli izlemeli
Madde 47	Doğum eyleminde rutin amniotomi uygulanmalı
Madde 51	Ebe her primipar gebede indüksiyon uygulamalı
Madde 54	Gebe sürekli litotomi pozisyonunda olmalı
Madde 57	Gebe sürekli yanyatış pozisyonunda takip edilmeli
Madde 60	Gebeye enfeksiyonu önlemek amacıyla perine traşı yapılmalı
Madde 61	Perine traşı hem anne hem bebek sağlığı için yapılmalı
Madde 63	Lavman maternal rahatsızlığa neden olabileceğinden rutin olarak her gebeye uygulanmamalı
Madde 64	Gebe doğuma geldiğinde ıkmama tekniklerini öğrenmiş olmalı
Madde 68	Gebenin birinci evrede ıkmaması engellenmeli
Madde 69	Gebenin doğumum ikinci evresinde spontan ıkmaması sağlanmalı
Madde 72	Doğum eyleminde gebenin ıkmaması sırasında fundal masaj yapılmalı
Madde 74	Primipar gebelerde deşurinin sık olabileceği düşünülmeli
Madde 76	Ten tene temasla birlikte emzirme başlatılmalı
Madde 77	Emzirme atoni kanamasını engellediğini düşünülmeli
Madde 78	Atoni kanamasının kontrollünde emzirmenin önemli olduğu düşünülmeli
Madde 79	Ebe perineal dokuların esnekliğini korumak amacıyla perineye sıcak ped uygulamalı
Madde 81	Sıcak ped uygulamasının gereksiz olduğu bilinmeli
Madde 84	Doğum sonu ilk 24 saate uterus masajı yapılmalı
Madde 85	Normal doğum yapan anneler,24 saatten kısa sürede taburcu edilmemeli
Madde 86	Ebe kanama miktarını değerlendirebilmeli

Tablo 4.3: Kapsam geçerlik oranı ≥ 0.80 olan ifadeler

Numara sayısı	Pilot uygulama maddelerinin ifadesi
1.	Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.
2.	Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.
3.	Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm
4.	Doğum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.
5.	Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine tıraşı yaparım (-)
6.	Doğumda herhangi bir sorun yoksa gebenin eşinin doğuma katılmasını uygun bulurum.
7.	Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygulayım.
8.	Doğumda herhangi bir sorun yoksa gebenin yakınlarının doğuma katılmasını uygun bulurum.
9.	Gebeye doğum eyleminin ilerleyişi konusunda bilgi veririm.
10.	Doğum eyleminde gebenin sorularını yanıtlarım.
11.	Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim.
12.	Doğumun birinci evresinde gebeyi hareket etmesi için desteklerim.
13.	Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayi takılması gerektiğini düşünürüm. (-)
14.	Bulantı kusmaya neden olacağından doğumda gebenin su içmesine izin vermem (-)
15.	Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)
16.	Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.
17.	Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm.
18.	Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.
19.	Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.
20.	Bulantı kusmaya neden olacağından gebenin yemek yemesini desteklemem (-)
21.	Doğumun birinci evresinde gebeyi hareket etmesi için desteklerim
22.	Doğum sürecinde sakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.
23.	Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.
24.	Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygulayım (-)
25.	Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.
26.	Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma riski açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulayım.
27.	Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.
28.	Sürekli fetal izlemin, gebenin hareket özgürlüğünü kısıtlayarak ağrıyla bahsetmesini zorlaştırdığını düşünürüm.
29.	Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.
30.	Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygulayım (-)
31.	Doğum eyleminin takibinde partograf kullanırım.
32.	Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkmmasını sağlarım.
33.	Doğumhaneye kabul edilen gebede rektal doluluk fark edersem latent fazda lavman uygulayım.
34.	Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)
35.	Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkmmasını sağlarım.
36.	Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygulayım. (-)
37.	Gebe sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)
38.	Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.
39.	Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.
40.	Doğumhaneye kabul edilen tüm gebelerin sürekli elektronik fetal monitör ile izlenmesi gerektiğine inanırım. (-)
41.	Anne ve bebeğin herhangi bir riski bulunmuyorsa 24 saatten kısa sürede taburcu edilmesini desteklerim.

(-) = Negatif ifadeyi (ters maddeyi) temsil etmektedir

4.1.2. Yüzey Geçerliliği-Pilot Uygulama

Taslak ölçek, örneklem grubuyla benzer özellikleri taşıyan 30 kişiden oluşan bir ebe grubunda ön çalışma yapılarak, anlaşılabilirlik açısından test edilip ölçek maddeleri gözden geçirilmiştir. Ebelerden gelen öneriler doğrultusunda taslak ölçekten 12 maddenin (6,8,9,10,12,14,20,21,28,40,41,33) çıkartılmasına karar verilmiştir. Ayrıca taslak ölçeğin madde analizi yapılmış ve ölçekte yer alan 41 maddenin korelasyon katsayılarının $r=-0.04$ ile 0.83 arasında değiştiği, 29 maddenin (1,2,3,4,5,7,11,13,15,16,17,18,19,22,23,24,25,26,27,29,30,31,32,34,35,36,37,38,39) toplam puanla korelasyon değerlerinin $r=0.31$ ile 0.83 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken, 12 maddenin (6,8,9,10,12,14,20,21,28,40,41,33) ise toplam puanla korelasyon değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte $r=0.00$ ile 0.29 arasında olup istenilen düzeyden düşük olduğu saptanmıştır. Bu analiz sonucunda $r=0.30$ altında olan 12 maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiş ve ölçek madde sayısı 29'a düşmüştür.

Tablo 4.4: Pilot uygulama sonuçları

	r	p
1. Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.	0,68	,653
2. Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.	0,83	,648
3. Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm	0,62	,664
4. Doğum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.	0,56	,668
5. Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine tıraşı yaparım (-)	0,57	,667
6. Doğumda herhangi bir sorun yoksa gebenin eşinin doğuma katılmasını uygun bulurum.	0,25	,686
7. Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygulayım.	0,39	,675
8. Doğumda herhangi bir sorun yoksa gebenin yakınlarının doğuma katılmasını uygun bulurum.	0,18	,690
9. Gebeye doğum eyleminin ilerleyişi konusunda bilgi veririm.	0,22	,713
10. Doğum eyleminde gebenin sorularını yanıtlarım.	0,12	,703
11. Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim.	0,31	,688
12. Doğumun birinci evresinde gebeyi hareket etmesi için desteklerim.	0,17	,693
13. Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayi takılması gerektiğini düşünürüm (-)	0,37	,693
14. Bulantı kusmaya neden olacağından doğumda gebenin su içmesine izin vermem(-)	0,17	,693
15. Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)	0,32	,686
16. Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.	0,33	,686
17. Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm.	0,49	,683
18. Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.	0,51	,683
19. Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.	0,33	,689

Tablo 4.4: (devam)

20. Bulantı kusmaya neden olacağından gebenin yemek yemesini desteklemem (-)	0,12	,693
21. Doğumun birinci evresinde gebeyi hareket etmesi için desteklerim	0,07	,711
22. Doğum sürecinde sakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.	0,49	,679
23. Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.	0,41	,674
24. Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygulamam (-)	0,69	,737
25. Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.	0,33	,680
26. Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma riski açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulamam.	0,53	,727
27. Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.	0,46	,669
28. Sürekli fetal izlemin, gebenin hareket özgürlüğünü kısıtlayarak ağrıyla bahsetmesini zorlaştırdığını düşünürüm.	0,07	,700
29. Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.	0,39	712
30. Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygulamam (-)	0,41	716
31. Doğum eylemininim takibinde partograf kullanırım.	0,78	637
32. Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkmamasını sağlarım.	0,54	663
33. Doğumhaneye kabul edilen gebede rektal doluluk fark edersem latent fazda lavman uygulamam.	0,29	685
34. Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)	0,60	719
35. Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkmamasını sağlarım.	0,53	662
36. Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygulamam. (-)	0,55	724
37. Gebe sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)	0,58	659
38. Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.	0,48	672
39. Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.	0,32	683
40. Doğumhaneye kabul edilen tüm gebelerin sürekli elektronik fetal monitör ile izlenmesi gerektiğine inanırım. (-)	0,28	685
41. Anne ve bebeğin herhangi bir riski bulunmuyorsa 24 saatten kısa sürede taburcu edilmesini desteklerim.	0,04	698

(-) = Negatif ifadeyi (ters maddeyi) temsil etmektedir

Tablo 4.5: Taslak ölçeğin son şekli

Madde Sırası	Madde İfadesi
1.	Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.
2.	Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.
3.	Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm
4.	Doğum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.
5.	Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine tıraşı yaparım (-)
6.	Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygulamam (-)
7.	Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygulamam.
8.	Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm
9.	Doğum eylemininim takibinde partograf kullanırım.
10.	Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim
11.	Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.
12.	Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkmamasını sağlarım.

13.	Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayi takılması gerektiğini düşünürüm (-)
Tablo 4.5: (devam)	
14.	Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygulırım (-).
15.	Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)
16.	Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.
17.	Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkınmasını sağlarım.
18.	Gebenin operasyon grektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.
19.	Gebenin operasyon grektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.
20.	Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)
21.	Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygulırım (-)
22.	Doğum sürecindesakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.
23.	Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.
24.	Gebenin sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)
25.	Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.
26.	Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma riski açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulırım.
27.	Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.
28.	Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.
29.	Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.
(-) = Negatif ifadeyi (ters maddeyi) temsil etmektedir	

4.2. EBELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.6: Ebelerin kişisel ve mesleki özellikleri

	n	%
Yaş	33,00±7,91 (ort±ss)	
Eğitim		
Lise	21	4,29
Ön lisans	36	7,35
Lisans	317	64,69
Yüksek lisans	100	20,41
Doktora	16	3,27
Mesleki Özellikleri		
Meslekte çalışma süresi	9,81±7,76 (ort±ss)	
Mezun olduktan sonra doğum yaptırdınız mı?	393	80,20
Mezun olduktan sonra yardımsız doğum yaptırdınız mı?	329	67,14

Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalaması 33,00±7,91 olup; %4,9'u lise, %7,35'i önlisans %64,69'u lisans, %20,41'i yüksek lisans ve %3,27'si doktora mezunudur. Meslekte çalışma süresi ortalama 9,81±7,76 yıl olan ebelerin

%80,20'sinin mezun olduktan sonra doğum yaptırdığı, %67,14'ünün mezun olduktan sonra yardımsız doğum yaptırdığı belirlendi.

4.3. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK BULGULARI

4.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Tablo 4.7: Ölçek ifadelerinin dağılımı

	Ortalama	Sd	Basıklık	Çarpıklık	Minimum	Maximum
S6	3,931	1,1329	-,990	,175	1,0	5,0
S8	3,714	1,2565	-,746	-,544	1,0	5,0
S10	2,520	1,2793	,387	-1,025	1,0	5,0
S11	3,996	1,0031	-,895	,034	1,0	5,0
S12	4,204	1,0067	-1,408	1,582	1,0	5,0
S14	4,133	1,0590	-1,273	,994	1,0	5,0
S15	4,173	,9402	-1,167	1,020	1,0	5,0
S16	4,141	,9478	-1,182	1,293	1,0	5,0
S17	4,096	1,0474	-1,147	,699	1,0	5,0
S18	4,012	1,0547	-1,043	,490	1,0	5,0
S19	4,014	1,0301	-1,032	,618	1,0	5,0
S20	4,096	1,0117	-1,217	1,093	1,0	5,0
S23	3,976	1,0756	-,902	-,039	1,0	5,0
S24	3,008	1,4171	-,088	-1,373	1,0	5,0
S25	4,176	,9876	-1,394	1,810	1,0	5,0
S26	2,957	1,4457	,022	-1,405	1,0	5,0
S27	4,118	,9816	-1,177	,994	1,0	5,0
S28	3,202	1,4827	-,184	-1,410	1,0	5,0
S29	2,859	1,4550	,146	-1,399	1,0	5,0
S30	2,747	1,4348	,267	-1,315	1,0	5,0
S32	3,627	1,2106	-,656	-,542	1,0	5,0
S33	3,480	1,2518	-,368	-,973	1,0	5,0
S34	2,714	1,3028	,185	-1,128	1,0	5,0
S35	3,737	1,2193	-,811	-,319	1,0	5,0
S36	2,629	1,2714	,352	-,948	1,0	5,0
S37	4,271	,9581	-1,350	1,344	1,0	5,0
S38	4,284	,9944	-1,494	1,746	1,0	5,0
S39	4,004	,9866	-,906	,291	1,0	5,0
S40	3,976	1,0926	-,887	-,109	1,0	5,0

Sd=Sdandart sapma

Tablo 4.8: KMO ve bartlett's test sonuçları

Test	Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)	0,936
Bartlett Küresellik testi	Kikare
	Serbestlik derecesi
	P
	0,000

KMO: Kaiser-Meyer Olkin

Ebelerin Kanıta dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum ölçeği için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,936 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($X^2=7161.738$, $p=0.000$) anlamlı bulundu.

Tablo 4.9: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizi

	Maddelerin Faktör Yüğü Değerleri			
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
S18 Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.			0,789	
S19 Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.			0,785	
S13 Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayi takılması gerektiğini düşünürüm.	0,694			
S1 Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.		0,571		
S3 Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm		0,686		
S2 Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.		0,664		
S4 Doğum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.		0,625		
S16 Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.		0,648		
S8 Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm.		0,438		
S9 Doğum eyleminin takibinde partograf kullanırım.		0,762		
S10 Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim.		0,756		
S11 Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.		0,594		
S23 Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.			0,624	
S14 Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygulamam (-)	0,824			
S25 Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.		0,559		
S15 Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)	0,849			

Tablo 4.10: (devam)

S22 Doğum sürecinde sakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.	0,492			
S24 Gebe sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)	0,780			
S5 Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine traşı yaparım (-)	0,819			
S6 Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygulamam (-)	0,787			
S12 Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkınmasını sağlarım.	0,561			
S17 Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkınmasını sağlarım.	0,489			
S20 Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)	0,781			
S26 Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulamam	0,534			
S21 Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygulamam (-)	0,728			
S27 Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.	0,489			
S29 Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.	0,649			
S7 Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygulamam.	0,635			
S28 Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.	0,555			
Faktörlerin Özdeğerleri	8,788	5,162	1,614	1,054
Faktörlerin Açıkladıkları Varyans Oranları	21,34	17,892	9,677	8,325
Açıklanan Kümülatif Varyans Oranları (%)	21,34	39,232	48,909	57,234
Açıklanan Toplam Varyans Oranı				57,234

(-) = Negatif ifadeyi (ters maddeyi) temsil etmektedir.

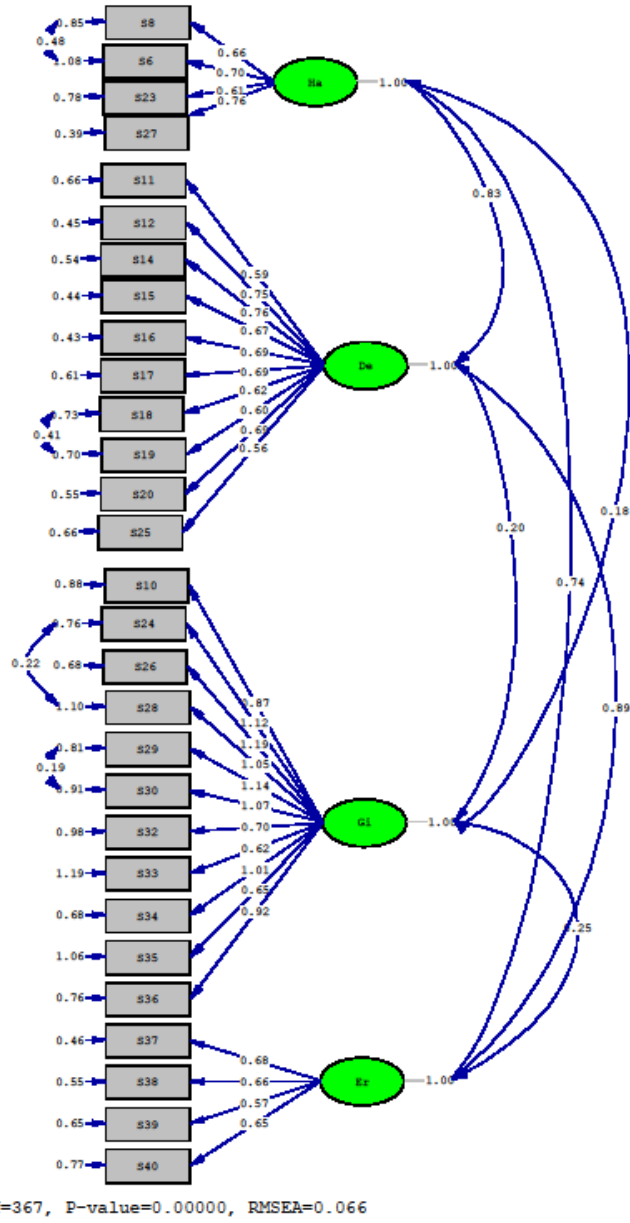
Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin faktör analizinde faktör yük değerleri 0,32'nin üzerinde olan toplam varyansın %57,234'ü açıklayan 4 faktörlü yapı saptandı. Faktör birin varyansın %21,340, faktör ikinin varyansın %17,892, Faktör üçün varyansın %9,677, Faktör dördün varyansın % 8,325, açıkladığı belirlendi. Faktör birin altında faktör yükleri 0,489-0,849 arasında değişen girişimsel uygulamalarla ilgili 11 ifadenin yer aldığı, Faktör 2'nin altında faktör yükleri 0,438- 0,762 arasında değişen destekleyici bakım uygulamaları ile ilgili 10 ifadenin yer aldığı görüldü., Faktör üçün altında 0,492-0,890 arasında değişen Hareket ve beslenme ile ilgili uygulamaları kapsayan 4 ifadenin, faktör dördün altında faktör yükleri 0,489-0,649 arasında değişen erken doğum sonu dönem uygulamaları ile ilgili 4 ifadenin bulunduğu belirlendi.

4.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 4.11: Doğrulayıcı faktör analizi

	Uyum değeri	9-10 Modifikasyon	18 - 19 Modifikasyon	14-24 Modifikasyon	5-6 Modifikasyon
Kikare	1549.66	1350,18	1104,95	1165,68	1142,12
df	371	370	369	368	367
kikare /df	4,17	3,64	2,99	3,16	3,11
CFI	0,85	0,88	0,89	0,90	0,90
GFI	0,82	0,84	0,85	0,86	0,86
AGFI	0,79	0,81	0,83	0,83	0,84
RFI	0,79	0,82	0,83	0,84	0,84
NNFI	0,84	0,87	0,88	0,89	0,89
SRMR	0,096	0,096	0,094	0,092	0,092
RMSEA	0,081	0,074	0,068	0,067	0,066

Ölçeğin AFA ile elde edilen dört boyutlu modeli için birinci düzey DFA yapıldı. Yapılan ilk azalizde uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir olmasına rağmen yeterli olmadığı belirlendi. Bu nedenle daha iyi bir model elde edebilmek için LISREL Programı tarafından önerilen modifikasyonlar incelendi. İlk olarak 9 ve 10. maddelerin, sonraki aşamalarda sırasıyla ise 18 ve 19. 14. ve 24, 5 ve 6.maddelerin hata varyansları birleştirildi. Ardından önerilen modifikasyonlar tabloda görülen sıra doğrultusunda yapıldı. Yapılan son modifikasyon sonrası ki-kare/serbestlik derecesi değeri 3,11, RMSEA değeri 0.067 olarak CFI'nın 0.90 SRMR 0,092 olduğu saptandı. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre path diyagramı Şekil 4.1'de sunulmuştur. Önerilen modifikasyondan sonra elde edilen Path diyagramları yeniden incelendiğinde standardize edilmiş çözümleme değerlerinin önerilen aralıklarda olduğu ve tüm t değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlılık gösterdiği belirlendi ($p<0,01$).



Şekil 4.1: Taslak ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının dağılımı

4.3.3. Eş Zamanlı Ölçek Geçerliliği

4.3.3.1. Kriter geçerliği bulguları: Araştırmada, ebelere Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği toplam ölçek puan ortalaması $54,40 \pm 10,13$ olarak bulundu (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği

	Ort	s.s.	Medyan
KDHYTÖ Total	54,40	10,13	52,00
KDHYTÖ İnanç ve Beklentiler	28,05	5,16	28,00
KDHYTÖ Uygulama Niyeti	13,33	3,60	13,00
KDHYTÖ Hemşirelikle İlgili Duygular	13,02	4,69	14,00

Tablo 4.13: Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi

		KDHYT İnanç Ve Beklentiler	KDHYT Uygulama Niyeti	KDHYT Duygular Toplamı	KDHYT Toplam Puan
EKDUT Girişimsel	r*	0,006	0,681	0,693	0,548
Uygulamalar Alt boyutu	p	0,902	0,000	0,000	0,000
EKDUT Destek	r*	0,583	0,087	0,045	0,342
Uygulamaları Alt boyutu	p	0,000	0,054	0,320	0,000
EKDUT Hareket Ve	r*	0,467	-0,080	-0,082	0,179
Beslenme Uygulamaları	p	0,000	0,077	0,071	0,000
Alt boyutu					
EBKDUT Erken Doğum	r*	0,585	0,130	0,125	0,400
sonu Uygulamaları Alt	p	0,000	0,004	0,006	0,000
boyutu					
EKDUT Toplam Puan	r*	0,556	0,491	0,471	0,679
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

*Spearman's kolerasyon

Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçeği toplam puanı arasında arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam ölçek puanları arasında ($r=0.679$ $p=0.00$) orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki saptandı.

Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde Girişimsel uygulamalar alt boyutu ile orta düzeyde ($r=0,548$ $p<0.05$), Destek Uygulamaları alt boyutu ile zayıf düzeyde ($r=0,342$ $p<0.05$), hareket ve beslenme uygulamaları ile zayıf düzeyde ($r=0.179$ $p<0.05$) Erken doğum sonu uygulamaları ile zayıf düzeyde ($r=0.40$ $p<0.05$) anlamlı istatistiksel ilişki saptandı.

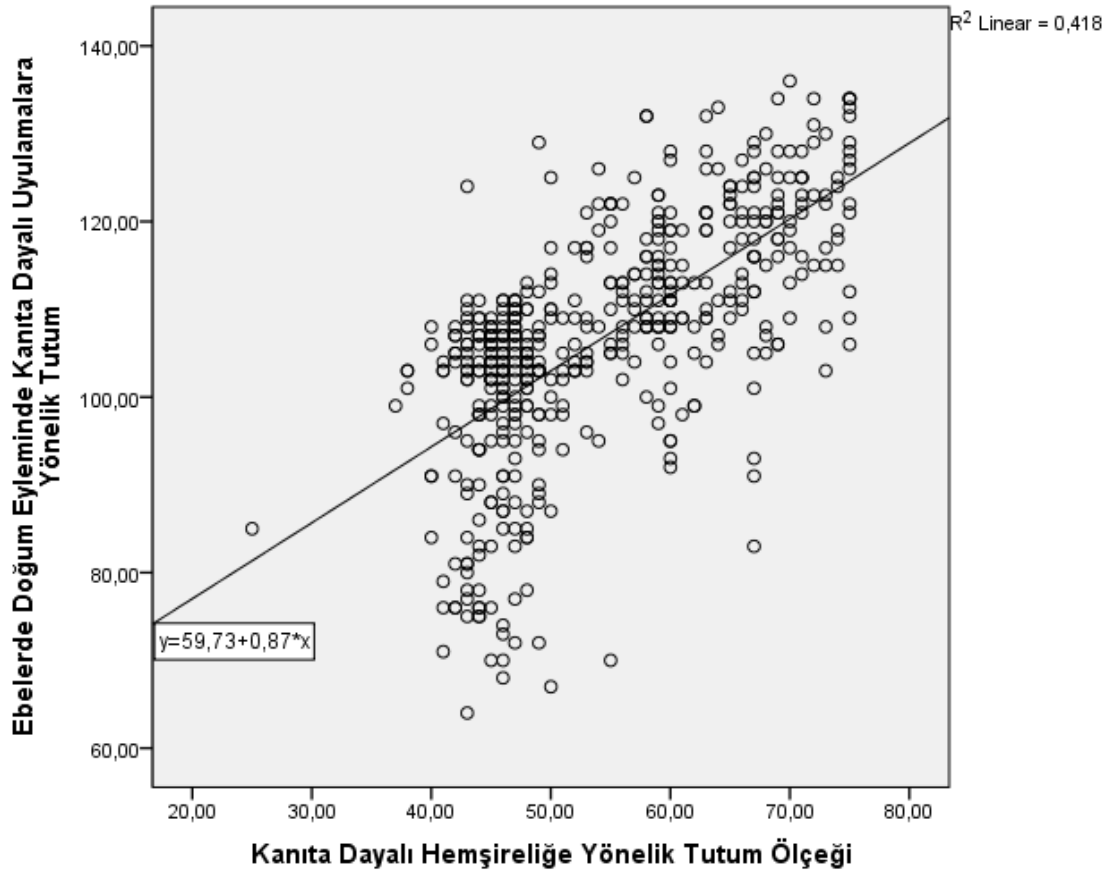
Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu ($r=0,556$

$p<0.01$), Uygulama Niyeti alt boyutu ($r=0,491p<0.01$), Duygular alt boyutu ile ($r=0,471 p<0.01$) arasında orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki saptandı.

Her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde Ebelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum ölçeğinin Girişimsel uygulamalar alt boyutu ile Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin İnanç Ve Beklentiler alt boyutu dışında arasında ilişki incelendiğinde Uygulama Niyeti ($r=0,681 p<0.01$) ve Duygular Toplamı ($r=0,693p<0.01$) alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı orta düzeyde ilişki görülmüştür.

Destek Uygulamaları alt boyutu ve Destek Uygulamaları alt boyutu arasında ile İnanç Ve Beklentiler alt boyutu arasında ($r=0,583, p<0.01$) orta düzeyde anlamlı, Hareket ve Beslenme alt boyutu ile İnanç ve Beklentiler alt boyutu arasında ($r=0,467, p<0.01$) orta düzeyde anlamlı, Erken Doğum Sonu Uygulamaları alt boyutu ile İnanç ve Beklentiler alt boyutu arasında ($r=0,585, p<0.01$) orta düzeyde, Uygulama Boyutu ve Duygular toplamında anlamlı olmakla birlikte zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Geliştirilen ölçek ile Kanıta Dayalı hemşirelik Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanları arasındaki pozitif yönlü, orta kuvvetteki doğrusal ilişkinin serpilme grafiği Şekil 4.2’de gösterildi.

Ölçek için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda ise $R^2=0,418$, $t=23,349$ ve $p<0,01$ olduğu belirlendi. Bu nedenle Ebelerde Kanıta Dayalı Uygulamalar Yönelik Ölçeği, kanıta Hemşirelerde Hemşireliğe yönelik ölçeğini %41,8 oranında yordadığı kanısına varıldı.



Şekil 4.2: Ebelerin doğum sürecinde kanıt temelli uygulamalara yönelik tutum ölçeği ile kanıt dayalı hemşirelik yönelik tutum ölçeği toplam puanları arasındaki pozitif yönlü, orta kuvvetteki doğrusal ilişkinin serpilme grafiği

4.4. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK ANALİZİNE AİT BULGULAR

Ölçeğin güvenirliliğini belirlemek amacıyla test tekrar test güvenirliği ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları ve Cronbach Alpha katsayısı hesaplandı.

4.4.1. Madde Analizi

Ölçeğin madde toplam korelasyonu total ölçekte madde toplam korelasyonun 0,337 ile 0,583 (Tablo 4.13) arasında değiştiği belirlendi. Ölçeğin Girişimsel Uygulamalar alt boyut madde toplam korelasyonun 0,469-0,778 (Tablo 4.14) arasında, Destekleyici Bakım Uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonun 0,530-0,686 (Tablo 4.15) arasında, Hareket ve Beslenme Uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonun 0,488-0,655 (Tablo 4.16) Erken Doğum Sonu Bakım

Uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonun 0,499-0,558 (Tablo 4.17) arasında değiştiği belirlendi.

Tablo 4.14: Ölçek toplam madde korelasyonu

Ölçek İfadeleri	Madde toplam Korelasyonu	İfade temizlenirse Cronbach's Alpha
S18 Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.	0,404	0,911
S19 Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.	0,393	0,911
S13 Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayı takılması gerektiğini düşünürüm.	0,561	0,908
S1 Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.	0,583	0,908
S3 Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm	0,492	0,910
S2 Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.	0,495	0,910
S4 Doğum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.	0,479	0,910
S16 Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.	0,482	0,911
S8 Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm.	0,487	0,910
S9 Doğum eyleminin takibinde partograf kullanırım.	0,579	0,908
S10 Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim.	0,556	0,909
S11 Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.	0,563	0,909
S23 Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.	0,423	0,911
S14 Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygularım(-)	0,512	0,909
S25 Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.	0,337	0,912
S15 Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)	0,504	0,910
S22 Doğum sürecinde sakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.	0,491	0,910
S24 Gebe sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)	0,399	0,912
S5 Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine traşı yaparım(-)	0,519	0,909
S6 Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygularım (-)	0,512	0,909
S12 Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkınmasını sağlarım.	0,574	0,908

Tablo 4.13: (devam)

Ölçek İfadeleri	Madde toplam Korelasyonu	İfade temizlenirse Cronbach's Alpha
S17 Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkınmasını sağlarım.	0,498	0,910
S20 Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)	0,564	0,908
S26 Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulayım	0,528	0,909
S21 Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygulayım (-)	0,544	0,909
S27 Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.	0,419	0,911
S29 Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.	0,438	0,910
S7 Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygulayım.	0,499	0,910
S28 Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.	0,541	0,909

(-) = Negatif ifadeyi (ters maddeyi) temsil etmektedir

Tablo 4.15: Girişimsel uygulamalar alt boyut madde toplam korelasyonu

Ölçek İfadeleri	Madde toplam Korelasyonu	İfade temizlenirse Cronbach's Alpha
S13 Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayı takılması gerektiğini düşünürüm (-)	0,646	0,906
S14 Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygulayım (-)	0,762	0,90
S15 Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)	0,778	0,899
S24 Gebe sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)	0,679	0,905
S5 Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine traşı yaparım (-)	0,763	0,9
S6 Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygulayım (-)	0,72	0,902
S12 Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkınmasını sağlarım.	0,546	0,911
S17 Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkınmasını sağlarım.	0,469	0,914
S20 Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)	0,739	0,902
S26 Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulayım	0,514	0,912
S21 Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygulayım (-)	0,685	0,904

(-) = Negatif ifadeyi (ters maddeyi) temsil etmektedir

Tablo 4.16: Destekleyici bakım uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonu

Ölçek İfadeleri	Madde toplam Korelasyonu	İfade temizlenirse Cronbach's Alpha
S1 Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.	0,554	0,88
S3 Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm	0,686	0,871
S2 Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.	0,668	0,872
S4 Doğrum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.	0,653	0,874
S16 Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.	0,671	0,872
S8 Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm.	0,588	0,878
S9 Doğum eylemininim takibinde partograf kullanırım.	0,61	0,876
S10 Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim.	0,606	0,877
S11 Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.	0,645	0,874
S25 Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.	0,53	0,882

Tablo 4.17: Hareket ve beslenme uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonu

Ölçek İfadeleri	Madde toplam Korelasyonu	İfade temizlenirse Cronbach's Alpha
S18 Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.	0,655	0,668
S19 Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.	0,633	0,681
S23 Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.	0,488	0,756
S22 Doğum sürecinde sakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.	0,52	0,741

Tablo 4.18: Erken doğum sonu uygulamaları alt boyut madde toplam korelasyonu

Ölçek İfadeleri	Madde toplam Korelasyonu	İfade temizlenirse Cronbach's Alpha
S27 Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.	0,526	0,674
S29 Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.	0,558	0,655
S7 Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygulayım.	0,499	0,689
S28 Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.	0,521	0,678

4.4.2. İç Tutarlılık

Toplam ölçek Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,91 alt boyutların Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının 0,73-0,91 arasında değiştiği saptandı (Tablo 4.18).

Tablo 4.19: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği'nin ve alt boyutlarının cronbach alfa güvenirlik katsayısı (n=490)

Ölçek ve Alt boyutları	Cronbach Alpha
Girişimsel Uygulamalar	0,913
Destekleyici Bakım Uygulamaları	0,887
Hareket ve Beslenme Uygulamaları	0,770
Alt Boyutlar Erken Doğum Sonu Bakım Uygulamaları	0,734
Toplam Ölçek	0,912

4.4.3. Test -Tekrar Test Analizi

Tablo 4.20: Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarının test tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması ve korelasyonları(n=30)

Ölçek ve Alt Boyutları	İlk Uygulama Ort±ss	İkinci Uygulama Ort±ss	t	p	r	p
Girişimsel Uygulamalar	46,31±5,60	47,06±5,11	-1,150	0,26	0,75	0,001
Doğum uygulamaları	46,68±3,28	46,3±3,28	-0,461	0,96	0,86	0,000
Hareket Beslenme Uygulamaları	16,58±2,32	16,80±2,23	-0,376	0,71	0,79	0,000
Erken Doğum Sonu Uygulamaları	19,53±1,54	19,70±1,46	-0,428	0,67	0,92	0,000
Ölçek Toplam Puan	129,85±9,75	130,91±10,188	0,727	0,47	0,87	0,000

Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum ölçeğinin test-tekrar test ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı $r=0,87$; $p=0,000$ olarak saptandı. Alt boyutların test- tekrar test korelasyon katsayılarının 0,75 ile 0,92 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 4.19). Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek test tekrar testten elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.19).

4.4.4. Yarıya Bölme Yöntemi

Tablo 4.21: Yarıya bölme analizi

Cronbach's Alpha	Part 1	Değer	,841
		ifade sayısı	15 ^a
	Part 2	Değer	0,825
		İfade sayısı	14 ^b
Correlation Between Forms			0,800
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		0,889
	Unequal Length		0,889
Guttman Split-Half Coefficient			0,889

Ölçek ilk 15 soru ve son 14 soru olarak ikiye bölündüğünde alfa değerleri 0,889 olarak saptanmıştır (Tablo 4.20).

5. TARTIŞMA

Küresel olarak, anne ölümleri 2000'den 2017'ye kadar üçte bir oranında azalmasına rağmen, gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı önlenabilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı her gün yaklaşık 810 kadın ölmektedir (99). Düşük ve orta gelirli ülkelerde mevcut duruma göre, ebe tarafından gerçekleştirilen müdahalelerin kapsamında önemli bir artış, 2035 yılına kadar anne ölümlerinin %41'ini, yenidoğan ölümlerinin %39'unu ve ölü doğumların %26'sını önleyebileceği tahmin edilmektedir. Ebe tarafından yapılan müdahalelerin kapsamında küçük bir artışın bile anne ölümlerinin %22'sini, yenidoğan ölümlerinin %23'ünü ve ölü doğumların %14'ünü önleyebileceği ve böylece 2035 yılına kadar her yıl 1,3 milyon ölümün önüne geçilebileceği bildirilmektedir. Ancak ebelerin bu potansiyeli gerçekleştirebilmeleri için Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'nun önerileri doğrultusunda beceri ve yetkinliklere sahip olması, gerekir (100). Ebelik eğitiminin uluslararası standartlarda güçlendirilmesi, bakım kalitesinin artırılması ve anne ve yenidoğan mortalite ve morbiditesinin azaltılması için önemli bir adımdır (101). Ebelerin hizmet ettikleri topluluklara coğrafi ve sosyal yakınlığı bir güçtür ve entegre, insan merkezli bakımı kolaylaştırır (100). Geleneksel ve bilimsel yönü olan ebelik mesleğinin bu potansiyeli kullanırken nitelikli bilimsel araştırmaların sonuçlarından elde edilen kanıt temeli uygulamalardan yararlanması önemlidir. Kanıt temelli uygulamalar alışılagelmiş bilgileri sorgulayarak, bilimsel veriler doğrultusunda nitelikli ve güvenli bakımı sunmayı hedefler (11). Ebeler tarafından kanıt temelli uygulamaların kullanılması ile bakımının etkinliği artabilir, sağlık sistem üzerinde bakımın maddi yükü azalabilir ve bakım alan gebenin ebelere ve sağlık hizmetlerine güveni artabilir (60). Ancak ebelerin doğum eyleminde kanıt temelli uygulamalara ne ölçüde kullandığı ve bu uygulamalara yönelik tutumları hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Tutum, doğrudan gözlenemez ve ölçülmez. Kuramsal olarak örtük değişkenler olarak da adlandırılan bu yapıların incelenebilmesi için geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına ihtiyaç vardır (102). Bu bilgiler doğrultusunda araştırma ebelerin doğum eyleminde kanıt temeli uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirmede kullanılabilecek bir ölçek geliştirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Ebelerin Doğum Sürecinde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'ni geliştirmek, geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu metodolojik araştırmada edilen bulgular temel olarak üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Dayalı Tutum Ölçeğinin Kapsam (İçerik) Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Dayalı Tutum Ölçeğinin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Dayalı Tutum Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANIT DAYALI TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN KAPSAM (İÇERİK) GEÇERLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıt Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum ölçeği üç aşamada geliştirilmiştir. Birinci aşamada ölçek maddeleri oluşturuldu. Madde havuzunun oluşturulmasında literatür taraması yapılarak kanıt dayalı güncel yayınlar, ulusal, uluslararası rehberler ve benzer kapsamdaki ölçekler gözden geçirildi ve 86 ifade oluşturuldu (88,102). Ardından, ikinci aşamada ölçeğin geçerliliğini değerlendirmede, birinci sırada yer alan kapsam geçerliliği incelendi (26,75,88).

Kapsam geçerliği, ölçeği oluşturan her bir ifadenin, tanımlanmış olayın ya da durumun (olgunun) bütününe ölçmede etkili olma durumunun değerlendirilmesidir. Ölçülen olay ya da durumun evreni ile ilgili yeterli sayıda ve kalitede madde bulunup bulunmadığıdır. Kapsam geçerliliği çalışmasında uzman görüşünden yararlanılır. Doğru bir değerlendirme yapılabilmesi için uzman grubu ile ölçeği geliştiren grup arasında ortak tanımların olması gerekir. Uzmanlar her bir maddenin ölçülmek istenen alana sağladığı katkı hakkında görüşlerini araştırmacılara sunar (39,65,66,103,104). Aynı zamanda uzmanlar ifadelerin özgünlüğünü, anlaşılabilirliğini de değerlendirir. Uzmanların niteliksel değerlendirmeleri kapsam geçerlik oranı (içerik geçerlik oranı-Content Validity Ratio) ve kapsam geçerlik indeksi (içerik geçerlilik indeksi-(Content Validity Index) hesaplanarak nicel verilerle ifade edilir (82). Kapsam geçerlik oranı bir maddenin ölçek için gerekli olup olmadığını belirlerken, kapsam geçerlik indeksi her bir ifadenin ölçeğin bütünü ile olan ilişkisini yansıtır (105,106).

Kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak belirlenmesinde çeşitli tekniklerden yararlanılmaktadır. Bu tekniklerden biri olan Davis yönteminde uzmanlar her bir ifadeyi uygun, madde hafifçe gözden geçirilmeli, madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve madde uygun değil şeklinde dördü olarak derecelendirerek değerlendirir. Bu teknikte uygun, madde hafifçe gözden geçirilmeli seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi elde edilir. İfadenin ölçekte yer almasına karar vermede 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilir ve bu değerin altındaki ifadeler ölçekten çıkarılır (107).

Mevcut çalışmada kapsam geçerliliğini incelemek için taslak ölçek 16 uzmanın incelemesine sunuldu. İnceleme sonucunda uzmanların önerileri doğrultusunda ifadelerde düzenlemeler yapıldı, farklı şekilde ifade edilen benzer ifadeler birleştirildi, çelişkili olanlar çıkarıldı. Ardından taslak ölçekte her bir ifadenin kapsam geçerlik indeksi hesaplandı ve 0,80 altında olan 43 ifade taslak ölçekten çıkartıldı (Tablo 4.2). Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda anlam bakımından birbirine benzeyen iki ifade birleştirildi. Kapsam geçerlik indeksi 0,88-1,00 arasında değişen 41 ifadelik taslak ölçeğin ortalama kapsam geçerlik indeksi 0,893 olarak saptandı (Tablo 4.3).

Sonuç olarak mevcut çalışmada kapsam geçerlik çalışması tamamlandı. Ölçeğin, geçerlilik çalışmasının ikinci aşaması olan yapı geçerliliği 41 ifadelik taslak ölçek ile gerçekleştirildi.

5.1.1. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Tutum Ölçeğinin Yüzey Geçerliliği ve Pilot Uygulamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Taslak ölçeğin kapsam geçerlik analizinden sonra, geliştirilecek ölçeğin psikometrik yapısını etkileyebilecek faktörlerin iyileştirilmesi amacı ile yüzey geçerliliği kapsamında pilot bir çalışma yapılmıştır. Yüzey geçerliliği araştırmanın yürütüleceği evrenin özelliklerine sahip küçük bir grup tarafından, ölçek maddelerinin düzgünlük, anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği yönünden değerlendirilmesidir (88).

Pilot çalışmanın, araştırmacı tarafından, yüz yüze, ölçeğin uygulanacağı örneklem grubuna uygun özellikleri taşıyan 10-15 katılımcı ile gerçekleştirilmesi

önerilmektedir. Aynı zamanda, araştırmacı bu süreçte, katılımcıların maddeleri cevaplamada zorlanma, sıkılma durumunu da gözlemlemelidir (64,108).

Bir ölçeğin psikometrik özelliklerini etkileyen ve araştırmacı tarafından incelenmesi gereken çeşitli faktörler bulunmaktadır. Faktörler arasında ölçek maddelerinin gereğinden fazla olması, ifadelendirme hataları, tuzak sorular ve ölçek maddelerinin homojen olmaması sayılabilir. Bu faktörlerden birincisi kalitesi çok iyi olmayan maddelerdir. Bir ölçekte kaliteli madde sayısının fazlalığı güvenilirliği arttırmaya rağmen, düşük kaliteli maddeler güvenirliliğin azalmasına neden olur. Ayrıca gereğinden fazla uzun bir ölçeği cevaplayanların sıkılmasına ve böylece tesadüfi hataların artmasına, yanıtlama süresinin uzamasına neden olur. Bu durumlarda madde sayısını arttırmak yerine kısıtlama yolunu gitmek daha uygundur. Bir ölçeğin psikometrik özelliğini olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktör maddelerin ifadelendirme yanlışlıklarıdır. Likert tipi ölçeklerde ifadeler birbirini tekrarlayan nitelikte veya büyük ölçüde aynı anlama gelen kelimelerden oluşmamalıdır. Bir ölçeğin psikometrik özelliğini olumsuz yönde etkileyen bir başka faktörde ölçek maddelerinin homojen olmamasıdır. Heterojen maddeler testin güvenirliliğini azaltır. Psikometrik özelliği etkileyen önemli bir faktörde maddelere verilen ağırlıktır (93).

Mevcut çalışmada 41 maddelik taslak ölçeğe 30 ebe ile yüz yüze görüşülerek pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda doğum eyleminde heterojen bir yapıya sahip kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumu değerlendiren, birbirinin tekrarı olan, ağırlığı fazla olan maddeler tespit edilmiştir. Uygulama esnasında ebelerden gelen eleştiriler doğrultusunda ölçeğin uzun olduğu, cevaplama esnasında sıkılmalara yol açtığı görülmüş ve araştırmacılar tarafından 12 ifadenin taslak ölçekten çıkartılmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak kapsam geçerlik analizinden sonra 41 maddelik taslak ölçek, pilot çalışma sonucunda 29 maddeye indirilmiştir.

Tutumların değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan cevaplama biçimleri arasında yer alan beşli Likert tip dereceleme yöntemine ile taslak ölçek derecelendirilerek uygulam aşamasına geçilmiştir (102,108,110).

5.1.2. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Tutum Ölçeğinin Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hazırlanan ölçeğin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu, ölçeğin uygulandığı grubun aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırmak için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilir(64). Yapı geçerliliği gözlemler yoluyla değişkenler arasında ilişkilerin kurulması ve bu ilişkilerin analizler ile doğrulanması ile gerçekleştirilir. Bir ölçeğin yapısal geçerliliği göstermek için faktör analizi, ölçüt geçerliği gibi yöntemler yararlanılmaktadır (88,93,102,111,112). Yapı geçerliği için birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli bir kümede birleştiren faktör analizi yönteminden yararlanılır. Faktör analizi doğrulayıcı ve açıklayıcı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (102,111). Genel olarak bir bilginin olmadığı ölçek geliştirme çalışmalarında açıklayıcı, ölçek uyarlama çalışmalarında ise doğrulayıcı faktör analizi yönteminden yararlanılır (102).

5.1.2.1. Açıklayıcı faktör analizi: Faktör analizinden önce verilerin normal dağılım durumu incelendiğinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu görüldü. Bir ölçekte faktör analizinin uygulanabilmesi için örneklemin belirli bir büyüklükte olması gerekir. Literatürde örneklem büyüklüğünü test etmek için kullanılan yöntemlerden olan Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Testi'dir (93,113). Bu test, değişkenler arasındaki korelasyonların ve örneklem verilerinin boyut oluşturmadaki uygunluğunu test etmektedir. Mevcut araştırmada Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,936 olarak saptandı. Bu değer literatürde önerilen değeri karşıladığı ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varıldı.

Bartlett testi veri matrisinin birim matris olup olmadığına, değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli olup olmadığına karar vermektedir. Yapılan açıklayıcı faktör analizinde ve Bartlett testi sonucu ileri düzeyde ($X^2=7161.738$, $P=0.000$) anlamlı bulundu. Değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli olduğu ve verilerin açıklayıcı faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşıldı.

Açıklayıcı faktör analizi, ölçüm değişkenlerinin ne şekilde gruplandığını saptamak için yapılır (93). Likert tipi bir ölçek geliştirme amaçlandığında ölçek maddelerinin hangi başlıklar altında gruplandığını belirlemek için Temel Bileşenler Analizi yöntemi, birden fazla faktör ortaya çıkarmak için ise dik açılı döndürme biçimlerinden Varimax Rotasyon yöntemi ile açıklayıcı faktör analizi önerilmektedir

(93). Mevcut çalışmada Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'ne Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon yöntemi ile açıklayıcı faktör analizi uygulandı. Analiz sonucunda faktör yük değerleri 0,438 ve üzerinde olan 29 maddelik 4 faktörlü yapı saptandı. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri literatürde önerildiği gibi 0.30 üzerindedir ve binişik yük değeri görülmemiştir (103).

Elde edilen EKDTÖ'nün 29 maddelik 4 faktörlü yapısını oluşturan ifadeler incelenerek faktörlere şu isimler verildi.

1. Faktör: Girişimsel Uygulamalar (10 Madde 5,6,12, 13,14,15,17,20,21,24)
2. Faktör: Destekleyici Bakım Uygulamaları (11 Madde 1,2,3,4,8,9,10,11, 16,25,26)
3. Faktör: Hareket ve Beslenme (4 Madde 18,19,22,23)
4. Faktör: Erken Doğum Sonu Bakım (4 Madde 7,27,28,29)

5.1.2.2. Doğrulayıcı faktör analizi: Bir ölçek geliştirme araştırmasında açıklayıcı faktör analizi sonrasında doğrulayıcı faktör analizinin yapılması önerilmekte olup değerlendirilmesinde uyum indekslerinden yararlanılır (114). Literatürde en sık kullanılan uyum indeksleri χ^2/df , SRMR, RMSEA, CFI, NFI, NNFI ve PGFI 'dır (70). Mevcut çalışmada 28 ve 19 ifadeler, 6 ve 8 ifadeler, 28-24 ifadeler ve 30-29 ifadeler arasında yapılan modifikasyon sonrası $\chi^2/df=3,11$, SRMR= 0.092, RMSEA=0,066, CFI=0,90, NFI, NNFI=0.089 olduğu ve uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu belirlendi. Ölçeğin dört faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır.

5.2. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN ÖLÇÜT GERÇERLİLİĞİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ölçüt bağımlı geçerlik, ölçek puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçütle ilişkisini inceleyen bir tekniktir. Eşzaman ve yordama geçerliği olmak üzere iki başlık altında incelenebilir. Eşzaman geçerliğinde (Concurrent validity), geliştirilen ölçekten alınan puan ile aynı olguyu ölçen başka bir ölçeğin puanlarının korelasyonuna bakılır (65). Korelasyon değerleri 0,00–0,10 korelasyon yok, 0,10-0,39 zayıf korelasyon,

0,40-0,69 orta düzeyde korelasyon, 0,70-0,89 güçlü korelasyon, 0.90–1.00 çok güçlü korelasyon olarak yorumlanır (115).

Araştırmada daha önce geliştirilen ve birçok çalışmada kullanılan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile mevcut araştırmada geliştirilen Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Her iki ölçeğin toplam puanları arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ebelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik olumlu tutuları artarken doğum eyleminde kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarında olumlu yönde etkilenmektedir. Ayrıca Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum ölçeği alt boyutları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde Girişimsel uygulamalar alt boyutu ile orta düzeyde, Destek Uygulamaları, Erken Doğum Sonu Uygulamaları ve Hareket ve Beslenme alt boyutla puanları arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. En düşük korelasyon katsayısına Hareket ve Beslenme alt boyutunda olduğu görülmüştür. Bu sonucun ebeliğin geleneksel yapısından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin alt boyutları ile Ebelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum ölçeği arasındaki korelasyon incelendiğinde İnanç ve Beklentiler alt boyutunda orta düzeyde ilişki saptanırken uygulama niyeti ve duygular alt boyutu arasında zayıf ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçların ölçeğin kriter geçerliliğini doğruladığını göstermektedir.

5.3. EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bir ölçeğin güvenirliği, ölçeğin ölçmek istediği olayı ya da durumu tutarlılıkla ölçtüğünü gösterir ya da ölçümden elde edilen sonuçlarda hata olmamasıdır (65). Güvenirlik değişmezliğin, yeterliliğin, tutarlılığın, doğruluğun ve kararlılığın sağlanmasıdır (114). Ölçekteki değişmezlik, tutarlılık ölçeğin tekrarlı ölçümlerde benzer sonuçlar vermesi, doğruluğu ise ölçüm değerini belirler. Güvenirliği olmayan bir ölçüm aracı bilimsel olarak kabul edilemez. Bir ölçeğin güvenirliği değişmezlik ve iç tutarlılığın incelenmesi ile ortaya konulabilir.

Bir ölçekte değişmezliğin belirlenmesinde test-tekrar test yönteminden yararlanılır. Bu yöntemde bir ölçüm aracı farklı zamanlarda aynı gruba uygulanır ve elde edilen değerlerin arasındaki fark ya da ilişkinin düzeyi incelenir. Fark olması ya da ileri düzeyde ilişki olması ölçeğin tutarlı olduğunu gösterir. Mevcut çalışmada ölçek 20 gün ara ile aynı gruba uygulanmıştır. Yapılan analiz sonrası elde edilem her iki değer arasında fark olmadı ve ileri düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,87$; $p=0,000$). Bu sonuçlar doğrultusunda ölçeğin değişmezliği, tutarlılığı kanıtlanmıştır.

Bir ölçeğin iç tutarlılığı ölçüm aracının bütün yönlerinin ölçme yeteneğine sahip olma durumunu belirler. Yaygın olarak Cronbach alfa katsayısı ve Madde-Toplam Puan korelasyonu ile değerlendirilir (116,117).

Cronbach's alpha belirli bir alanı ölçtüğü varsayılan soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun iyi bir ölçütüdür (93). Literatürde Cronbach alfa katsayısı 0,90 ideal, 0,80 yüksek derecede güvenilir ve 0,70 oldukça güvenilir olarak değerlendirilmektedir (95,118). Mevcut araştırmada toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak saptandı (Tablo 4.18). Ölçeğin Girişimsel Uygulamalar alt boyutu, Destekleyici Bakım Uygulamaları, Hareket ve Beslenme Uygulamaları ve Erken Doğum Sonu Bakım Uygulamaları alt boyut Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,913; 0,887; 0,770; 0,734 olarak saptandı (Tablo 4.18). Araştırmada ölçeğin toplamda Cronbach alfa katsayısı ideal, Girişimsel Uygulamalar alt boyutu yüksek derecede güvenilir, Destekleyici Bakım Uygulamaları, Hareket ve Beslenme Uygulamaları ve Erken Doğum Sonu Bakım Uygulamaları alt boyut Cronbach alfa katsayıları oldukça güvenilir olduğu görüldü.

Madde toplam puan güvenilirliği her bir maddenin güvenilirliği hakkında bilgi verir. Bu analizde her bir maddenin varyansı, toplam ölçek puanının varyansı ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılır. Korelasyon katsayısının hangi değerin altına düşerse güvenilirliğin yetersiz sayılacağı konusunda bir standart bulunmamaktadır. Ancak korelasyonların negatif ve hatta 0,20 veya 0,25''den düşük olmaması önerilir. Korelasyon değeri bire ne kadar yakın ise o ifadenin ölçülmek istenen yapı ile ilişkisinin iyi olduğunu gösterir (119). Mevcut araştırmada ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, toplam ölçekte 0,29-0,83 arasında (Tablo 4.4.); alt boyutlara göre ise Girişimsel Uygulamalar 0,290-0,820, Destekleyici Bakım Uygulamaları 0,713-0,638, Hareket ve Beslenme Uygulamaları 0,660- 0,804,

Erken Doğum Sonu Uygulamaları 0,648-0,771 arasında değiştiği görüldü. Her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları pozitif ve 0,20'nin üzerinde olduğu ve ölçeği oluşturan maddelerin her birinin ölçülen yapıya katkı sağladığı ve bağımsız üniteler şeklinde olduğunu göstermiştir (95).



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmada, ebelerin doğum eyleminde kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirebilen bir ölçek geliştirildi. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları aşağıdaki adımlar ile gerçekleştirildi:

- Literatür taramasıyla oluşturulan 86 maddelik ifade havuzu kapsam geçerliliği açısından 16 uzman görüşüne sunularak ön elemenden geçirildi. Ardından puan ortalaması ve Davis tekniğinin minimum içerik geçerliliği oranlarının yanı sıra uzmanların maddelerin ifade içerikleri ve biçimleri konusundaki önerileri dikkate alınarak değerlendirildi. Sonuç olarak madde sayısı 41 olarak belirlendi
- Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik Tutum Ölçeği taslağı pilot uygulama olarak 30 kişiye uygulanarak değerlendirildi. Yapılan değerlendirme sonucu ölçekten 12 madde çıkartıldı ve ölçek madde sayısı 29'a düştü.
- Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizinde faktör yük değerleri 0,32'nin üzerinde olan toplam varyansın %57,234'ü açıklayan 4 faktörlü yapı saptandı. Faktör birin varyansın %21,340, faktör ikinin varyansın %17,892, Faktör üçün varyansın %9,677, Faktör dördün varyansın %8,325, açıkladığı belirlendi. Faktör birin altında faktör yükleri 0,489-0,849 arasında değişen girişimsel uygulamalarla ilgili 11 ifadenin yer aldığı, Faktör 2'nin altında faktör yükleri 0,438- 0,762 arasında değişen destekleyici bakım uygulamaları ile ilgili 10 ifadenin yer aldığı görüldü., Faktör üçün altında 0,492-0,890 arasında değişen Hareket ve beslenme ile ilgili uygulamaları kapsayan 4 ifadenin, faktör dördün altında faktör yükleri 0,489-0,649 arasında değişen erken doğum sonu dönem uygulamaları ile ilgili 4 ifadenin buluşu belirlendi.
- Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizinde sırasıyla 9 ve 10., 18. ve 19., 14. ve

24, 5 ve 6., maddelerin hata varyansları birleştirildi. Yapılan son modifikasyondan sonraki-kare/serbestlik derecesi değeri 3,11, RMSEA=0.067, CFI=0.90 SRMR=0,092 olduğu ve değerlerin kabuledilebilir düzeyde olduğu saptandı. Önerilen modifikasyondan sonra elde edilen Path diyagramları yeniden incelendiğinde standardize edilmiş çözümleme değerlerinin önerilen aralıklarda olduğu ve tüm t değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlılık gösterdiği belirlendi ($p<0,01$).

- Ölçeğin ölçüt geçerliliğinde Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile Ebelerde Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik tutum ölçeği arasında orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişkinin saptanması ile ölçeğin kriter geçerliliği doğrulandı. Ebelerde Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik tutum ölçeğinin yaklaşık %42 oranında Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğini yorumladığı saptandı.
- İç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı, madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplandı. Faktör analizinden sonra 29 maddeli ölçeğin güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla yapılan Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,91 olarak saptandı. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları ise 0,73 ile 0,91 arasında bulundu. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir, alt boyutlarının ise oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.
- Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği taslağının test-tekrar test ölçümleri, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile hesaplandı. Ölçüm ortalamalarının arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ve ölçeğin ölçümler arasında tutarlılığın olduğunu kanıtlandı.
- Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğinin uzman görüşleri ve istatistiki analizler sonucunda yüksek düzeyde geçerli ve güvenilirliğe sahip ve ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek olduğu belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda;

- Geliştirilen ölçek ile Türkiye genelinde ebelerin kanıta yönelik tutumlarının değerlendirilmesi
- Standardize ve kıyaslanabilir ölçüm sonuçları elde edilebilmesi için Türkiye’deki farklı örneklemeler ile yapılacak araştırmalarda ölçeğin kullanılması
- Araştırmada geliştirilen ölçeklerin farklı dillere ve kültürlerle çevrilerek, psikometrik özelliklerinin incelenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Şenyuva, E. (2016). Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *Florence Nightingale J Nurs*, 24, 59–65.
2. Günüşen, N.P., Üstün, B. (2016). Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulamalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 112-118.
3. Doğan Merih, Y., Coşkun Potur, D., Yılmaz Esencan, T. (2017). Where can we find postpartum clinic midwives and nurses in the context of evidence based practice? *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(1), 8–14.
4. Arslan, S., Şener, D.K., Küçük, Ö. (2015). Pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3, 1–9.
5. Köse Uysal, E., Özenç Uçak, N. (2013). The evidence-based information needs and information seeking behaviours of medical faculty. *Bilgi Dünyası*, 14, 37–61.
6. Başgöl, Ş., Kızılkaya Beji, N. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5, 32–39.
7. Berghella, V., Baxter, J.K., Chauhan, S.P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199, 445–454.
8. Olgaç, Z., Karaçam, Z. (2017). Opinions of nurses, midwives and doctors who are working on gynaecology and obstetrics about mother-friendly childbirth practices. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25, 153–165.
9. Başkaya, Y., Sayiner, F.D. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5, 113–119.
10. Kaynar, B.N., Çöker, G., Alp, M., Acar, E.D., Bayrambey, Z., Yiğit, H., Akbaş, F., Çankaya, S. (2018). Ebelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9, 0–0.
11. Barol Kurtoglu, Z., Yılmaz, T. (2018). Evidence-based practices during pregnancy and midwifery approach. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 3, 220–241.
12. Russell, K. (2018). Factors that support change in the delivery of midwifery led care in hospital settings. A review of current literature. *Women and Birth*, 31, e134–e141.
13. Ayhan, Y., Kocaman, G., Bektaş, M. (2015). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği” nin Türkçe’ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17, 21–35.
14. Akca, M., Yavuz, M. (2018). Kanıta dayalı uygulamalar modeli çerçevesinde geliştirilen İcraatçı Liderlik Ölçeği’nin Türkçe uyarlaması (ICESS’18). *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 255–262.
15. Özer Küçük, E., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M., Kahveci, R. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 4, 1–12.
16. WHO. (2017). Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. Erişim:01.11.2021 <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2017/facilitating-evidence-based-practice-in-nursing-and-midwifery-in-the-who-european-region-2017>
17. Babadağ, K., Kara, M. (2004). Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7, 112–117.
18. Kad, Y., Yanikkerem, E. (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 26-34.
19. Evcimen, H., İşcan Ayyıldız, N. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2–7.
20. Yurtsever, S., Altıok, M. (2006). Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20, 159–166.
21. De Leo, A., Bayes, S., Geraghty, S., Butt, J. (2019). Midwives’ use of best available evidence in practice: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 4225–4235.
22. Öztürk Çopur, E., Kuru, N., Canbolat Seyman, Ç. (2015). Overview of evidence based practices in nursing. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 51–55.
23. Çelik, A.S., Türkoğlu, N., Pasinoğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17.

24. Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, 9, 1524–1534.
25. Güngör, İ., Rathfisch, G.Y. (2009). Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11, 56–65.
26. Sexton, S.J., Yang, L., Hamby, D. (2021). Social validity of an early intervention online professional development program. *Infants & Young Children*, 34, 241–261.
27. TNSA.(2018).*Türkiye Nüfus ve Sağlık Erişim :01.09.2021*
https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/1299/TNSA_2018_ileri_analiz_raporu.pdf?sequence=2&isAllowed=y
28. IMBCO. (2021). *10 Steps of the International MotherBaby Childbirth Initiative*. International MotherBaby Childbirth Organization. Erişim:01.11.2021 <http://imbco.weebly.com/imbci-in-28-languages.html>
29. Dönmez, S., Sevil, Ü. (2003). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 105–112.
30. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2010). *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*.
31. Kauffman, E., Souter, V.L., Katon, J.G., Sitcov, K. (2016). Cervical dilation on admission in term spontaneous labor and maternal and newborn outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 127, 481–488.
32. Koç, E., Hotun Şahin, N. (2016). Doğum eyleminde beslenme. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 47(4), 124–127.
33. Borders, A.E. (2005). ACOG committee opinion #309. *Obstetrics & Gynecology*, 105, 453–454.
34. Singata, M., Tranmer, J. (2002). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
35. Mohammed, A., Tasew, G., Seid, M. (2019). Utilization of parthogrp and associated factors among obstetric care providers in public health institutions, buno-bedele zone Southwestern Ethiopia. *International Journal of Current Research*, 11(9), 6789–6794.
36. Sakcak, B., Nazik, H., Göçer, P., Seyfettinoğlu, S., Adıgüzel, C., Narin, R. (2016). Sağlık çalışanlarının doğumda partograf kullanım becerisinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Medikal Dergisi*, 5, 25–29
37. Beydağ, K.D., Merih, Y.D., Esencan, T.Y. (2013). Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin partograf kullanımı ve partografin gerekliliğine yönelik görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 193–205.
38. Yeşilçiçek Çalık, K. (2018).1. Baskı. Ankara: Nobel.
39. Karakoç, H., Eriç, J., Uçtu, A.K. (2020). Amniyotominin eylem süresi ve maternal-fetal sonuçlar üzerine etkisi: Retrospektif analiz. *Acta Medica Nicomedia*, 3, 15–19.
40. Şentürk Erenel, A., Çiçek, S. (2018). Doğum şeklinin anne ve yenidoğan sağlığına etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 123–129.
41. Çetinkaya Şerife E., Söylemez, F. (2013). Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri.
42. Kokanalı, D., Ayhan, S., Devran, A., Kokanalı, M.K., Taşçı, Y. (2018). Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 0, 148–152.
43. Rydahl, E., Eriksen, L., Juhl, M. (2019). Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: A systematic review. *JBİ Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17, 170–208.
44. Demirel, G., Güler, H. (2016). Endojen oksitosin salınımı için alternatif yöntemler: Meme ve uterus uyarım. *Türk Tabipler Birliği Yayını*, 25, 167–173.
45. Bay, F., Ülkü Bulut, Ö. (2020). Doğum indüksiyonu: Maternal, fetal-neonatal etkileri. *Ebenin Rolü*, 1, 4–14.
46. Kızılca Çakaloz, D., Çoban, A. (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasında ebenin rolü. *Archives Medical Review Journal*, 28, 51–59
47. Basevi, V., Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
48. Güleç Şatır, D., Ünsal Atan, Ş., Taner, A., Gün, S. (2018). Determining the knowledge and opinions of nurses and midwives working in gynecology clinics about natural birth and interventions during birth. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15, 222–227.
49. Öztürk, G.G., Karaçam, Z. (2018). Ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34, 1–14.
50. Reveiz, L., Gaitán, H.G., Cuervo, L.G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

51. Yıldız Karaahmet, A., Yazıcı, S. (2017). Epizyotomide güncel durumlar. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4, 57–63
52. Aydın Besen, M., Rathfisch, G. (2020). The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care for Women International*, 41, 22–37.
53. Roberts, C.L., Torvaldsen, S., Cameron, C.A., Olive, E. (2004). Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111, 1333–1340.
54. Kurt, E. (2002). Doğumda epidural analjezi. *Anestezi Dergisi*, 10, 162–176.
55. Aktaş, S., Aydın, R. (2018). Fundal bası uygulamasının maternal ve fetal sağlık üzerine etkisi ve bu uygulamada sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 86–92.
56. Pınar, S., Karaçam, Z. (2018). Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health Care for Women International*, 39, 110–125.
57. Meran Partovi, H.E., Hotun Şahin, N. (2014). Kadın sağlığı alanında uzman hemşirelik eğitimi ve uzman hemşirelik rolleri: Amerika Birleşik Devletleri örneği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1, 1–14.
58. Arslanhan, Ş. (2019). Bir kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının ve araştırma sonuçlarını kullanmadaki engellerinin belirlenmesi.
59. Bayın, G., Akbulut, Y. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18.
60. Yaşar, E., Aydın, S.R., Gençtürk, N. (2019). Türkiye’de ebelerin yapmış oldukları kanıta dayalı uygulamalar: Sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 43–51.
61. ICM.(2019).Essentialcompetencies.People&Strategy,32,13.Erişim:01.11.2021
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/02/icmcompetencies_english_final_jan-2019-update_finalweb_v1.0.pdf
62. Adıgüzel, O., Özkan, D.S., Tanrıverdi, H. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9, 235–260.
63. Filby, A., McConville, F., Portela, A. (2016). What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*, 11, 1–20.
64. Erkuş, A. (2012). Varolan ölçek geliştirme yöntemleri ve ölçme kuramları psikolojik ölçek geliştirmede ne kadar işlevsel: Yeni bir öneri. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 3, 279–290.
65. Karakoç, F.Y., Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13, 39–49.
66. Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30, 211–216.
67. Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5, 60–68.
68. Keçe, B., Saraçoğlu, S., Bektaş, O. (2020). Bilimsel tutum ölçeği geliştirme: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Maarif Mektepleri Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4, 32–56.
69. Çankaya, S., Kaynar, B.N., Çöker, G., Müslüme, A., Acar, E.D., Bayrambey, Z., Yiğit, H., Akbaş, F. (2018). Ebelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 177–184.
70. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
71. Şahin, M.G., Boztunç Öztürk, N. (2018). Eğitim alanında ölçek geliştirme süreci: Bir içerik analizi çalışması. *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi*, 191–207.
72. Uyumaz, G., Sırgancı, G. (2020). Doğrulayıcı faktör analizi için gerekli örneklem büyüklüğü kaç kişidir? Bayes yaklaşımı ve maksimum olabilirlik kestirimi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16, 5302–5340.
73. Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7, 231–274.
74. Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., Madrigal-Torres, M. (2011). Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: Development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 664–670.
75. Elangovan, N., Sundaravel, E. (2021). Method of preparing a document for survey instrument validation by experts. *MethodsX*, 8, 101326.

76. WHO. (2015). European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020goals.Erişim:01.11.2021https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf
77. Çorbacioğlu, A.E. (2013). ACOG diyor ki! Çoğul gebeliklerin yönetimi. *Türkiye Matern Tıp Perinatoloji Derneği*, 1–11.
78. Mamuk, R., Davas, N.İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. 44, 8.
79. Aktaş, S., Osmanağaoğlu, M.A. (2017). İntrapartum elektronik fetal monitorizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *NWSA*, 12, 14–29.
80. Özcan, H., Koçak, D.Y., Dağlı, A. (2020). Experiences of women with gynecological examination: The example of. 7, 8.
81. Toprak, F.Ü., Turan, Z., Erenel, A.Ş. (2017). Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. 8
82. Yeşilyurt, S., Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.
83. Yılmaz, B., Oskay, Ü. (2021). Karitane Ebeveyn Kendine Güven Ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 46, 801–813.
84. Bayer, N., Baykal, Ü. (2018). Improving quality perception scale of health workers. *SHYD*.
85. Büyükekşi, C., Çolakoğlu, Ö.M. (2014). Evaluation of factor analysis method used. *Turkish Education Research*, 11.
86. Mvududu, N.H., Sink, C.A. (2013). Factor analysis in counseling research and practice. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 4, 75–98.
87. Hazar, E., Hazar, Z. (2019). Üniversite öğrencileri için dijital oyun bağımlılığı ölçeği (uyarlama çalışması). *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 308–322.
88. Çam, M. O., Baysan-Arabaci, L. (2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(2), 64-71.
89. Gaskin, C., Happell, B. (2013). On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice and recommendations for future use. *International Journal of Nursing Studies*, 51,
90. Tarhan, M., Yıldırım, A. (2021). Development of nursing professional readiness perception scale. *SHYD*, 8(1), 1-11.
91. Yaşlıoğlu, M.M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *Istanbul University Journal of the School of Business*, 46, 74–85.
92. Souza, A.C.D., Alexandre, N.M.C., Guirardello, E.D.B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 649–659.
93. Şencen, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
94. Nunnally, J.C. (1978). An overview of psychological measurement. *Clinical Diagnosis of Mental Disorders*, 97–146.
95. Streiner, D.L. (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80, 217–222.
96. Albayrak, S., Büyükgöncü, L.A. (2019). The adaptation of the empowerment of parents in the intensive care-neonatology: Validity and reliability study. *HEAD*.
97. Altuntaş, S., Baykal, Ü. (2010). Örgütsel Vatandaşlık Düzeyi Ölçeği'nin hemşirelikte geçerlik-güvenirliği. 10.
98. Çakiro, Ü. (2007). WEB tabanlı veri toplama ve analiz sistemi. 9.
99. WHO. (2021). New global targets to prevent maternal deaths. Erişim:10.10.2021 <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths>
100. Nove, A., Friberg, I.K., de Bernis, L., McConville, F., Moran, A.C., Najjemba, M., ten Hoope-Bender, P., Tracy, S., Homer, C.S.E. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, 9, e24–e32
101. WHO. (2019). Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action. Erişim:01.11.2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515849>
102. Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. 11
103. Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Pegem Atıf İndeksi.
104. Özer Küçük, E., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M., Kahveci, R. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 4, 1–12.

105. Aydemir, Z., Sakiz, G., Doğan, M.C. (2019). İlkokul düzeyinde dijital okuryazarlık becerileri rubriğinin geliştirilmesi. 22.
106. Yavaş Çelik, M. (2020). Vulnerable baby scale: Validity and reliability study. *Psi Hem Derg.*
107. Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1, 771–774
108. Choi, Y. S. (1992). Childbirth education. Taehan kanho. *The Korean Nurse*, 31, 86–101
109. Metin, M., Çevik, A., Gürbey, S. (2021). Öğretmenlerin uzaktan eğitime yönelik görüşlerini belirlemek için ölçek geliştirme çalışması. *Maarif Mektepleri Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*.
110. Seçer, İ. (2018). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama süreci: SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Anı Yayıncılık.
111. Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. 5, 60–68.
112. Yıldız, E., Güngörmüş, Z. (2016). The validity and reliability study of the Turkish version of the evidence-based practice evaluation competence questionnaire. *Nurse Education Today*, 45, 91–95.
113. Topçu, İ., Türkkan, N.Ü., Bacaksız, F.E., Şen, H.T., Karadal, A., Yıldırım, A. (2013). Sağlık çalışanlarında örgütsel sinizm ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. 7.
114. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. (2020). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. (4. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.
115. Schober, P., Boer, C., Schwarte, L.A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126, 1763–1768.
116. Akgül, A., Çevik, O. (2005). *İstatistik Analiz Teknikleri. SPSS’te İşletme Yönetimi Uygulamaları*. (2. Baskı). Ankara.
117. Atar Yalçın, N., Aşti Atabek, T. (2012). Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği'nin güvenirlik ve geçerliği. 11.
118. Waldron, N.K., Hutchinson, M.K., Hewitt, H.H., Hamilton, P.I. (2012). Cross-cultural psychometric assessment of the parent-teen sexual risk communication (PTSRC-III) scale in Jamaica. *OJPM*, 2, 205–213.
119. Çapık, C., Gözü, S., Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26, 199–210
120. Barol Kurtoglu Z., Kaya N., (2019). Doğumda defansif tıp uygulamalarının hasta hakları ve ebeler etik kodları yönünden değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi*. Cilt 6, Sayı 3, 610-620
121. Demirbaş Meydan, Ş., Kaya, N., (2018) Ebelerin profesyonel Değerleri ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi*. 5(2):129-138

EKLER

EK-1. Kişisel ve Mesleki Özellikler Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Medeni Durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Diğer (belirtiniz).....
3. Eğitim düzeyi:
☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
4. Meslekte çalışma süreniz
5. Mezun olduktan sonra doğum yaptırdınız mı? ☐ EVET ☐ HAYIR
6. Yardımsız doğum yaptırdınız mı? ☐ EVET ☐ HAYIR

EK-2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

(1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Biraz katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum)

NO	Madde	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	1	2	3	4	5
2	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	1	2	3	4	5
3	Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.	1	2	3	4	5
9	Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarında kullanmak istiyorum/isterdim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.	1	2	3	4	5
11	Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	1	2	3	4	5
14	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarına entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

EK-3. Madde Havuzu

	Madde Özelliği Temsil Ediyor	Madde Biraz Düzeltilmesi Gerekli	Madde Oldukça Gözden Geçirilmeli	Madde Özelliği Temsil Etmiyor	KGO	Karar
Madde 1	10	3	0	3	0,63	Red
Madde 2	10	2	1	3	0,50	Red
Madde 3	11	4	0	1	0,88	Kabul
Madde 4	12	1	2	1	0,63	Red
Madde 5	11	1	0	4	0,50	Red
Madde 6	9	3	2	2	0,50	Red
Madde 7	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 8	13	0	2	1	0,63	Red
Madde 9	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 10	10	1	2	2	0,44	Red
Madde 11	13	1	2	0	0,75	Red
Madde 12	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 13	11	1	3	1	0,50	Red
Madde 14	12	2	1	0	0,81	Kabul
Madde 15	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 16	8	4	3	1	0,50	Red
Madde 17	11	1	4	0	0,50	Red
Madde 18	10	5	1	0	0,88	Kabul
Madde 19	13	1	2	0	0,75	Red
Madde 20	12	2	2	0	0,75	Red
Madde 21	13	2	1	0	0,88	Kabul
Madde 22	13	2	1	0	0,88	Kabul
Madde 23	12	3	1	0	0,88	Kabul
Madde 24	9	3	1	3	0,50	Red
Madde 25	12	3	0	1	0,88	Kabul
Madde 26	10	5	1	0	0,88	Kabul
Madde 27	11	4	1	0	0,88	Kabul
Madde 28	12	3	1	0	0,88	Kabul
Madde 29	11	2	3	0	0,63	Red
Madde 30	12	4	0	0	1,00	Kabul
Madde 31	10	2	0	4	0,50	Red
Madde 32	11	1	1	3	0,50	Red
Madde 33	11	2	2	1	0,63	Red
Madde 34	12	1	1	2	0,63	Red
Madde 35	12	0	1	2	0,56	Red
Madde 36	10	3	1	2	0,63	Red
Madde 37	10	3	0	3	0,63	Red
Madde 38	14	1	1	0	0,88	Kabul

Madde 39	13	1	1	1	0,75	Red
Madde 40	14	1	0	2	0,81	Kabul
Madde 41	10	2	2	2	0,50	Red
Madde 42	16	0	0	0	1,00	Kabul
Madde 43	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 44	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 45	11	3	0	2	0,75	Red
Madde 46	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 47	12	2	0	2	0,75	Red
Madde 48	11	3	0	0	0,88	Kabul
Madde 49	11	4	0	1	0,88	Kabul
Madde 50	13	1	0	1	0,81	Kabul
Madde 51	10	2	2	2	0,50	Red
Madde 52	13	2	1	0	0,88	Kabul
Madde 53	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 54	12	2	0	2	0,75	Red
Madde 55	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 56	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 57	11	1	1	3	0,50	Red
Madde 58	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 59	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 60	12	1	2	1	0,63	Red
Madde 61	12	1	0	3	0,63	Red
Madde 62	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 63	13	1	1	1	0,75	Red
Madde 64	12	1	2	1	0,63	Red
Madde 65	15	1	0	0	1,00	Kabul
Madde 66	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 67	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 68	13	0	1	2	0,63	Red
Madde 69	13	1	0	2	0,75	Red
Madde 70	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 71	14	1	1	0	0,88	Kabul
Madde 72	11	2	1	2	0,63	Red
Madde 73	11	3	1	0	0,81	Kabul
Madde 74	11	1	1	3	0,50	Red
Madde 75	14	1	0	1	0,88	Kabul
Madde 76	12	2	2	0	0,75	Red
Madde 77	13	1	0	2	0,75	Red
Madde 78	13	1	2	0	0,75	Red
Madde 79	12	2	0	2	0,75	Red
Madde 80	13	2	0	1	0,88	Kabul
Madde 81	11	2	1	2	0,63	Red
Madde 82	15	1	0	0	1,00	Kabul
Madde 83	14	2	0	0	1,00	Kabul
Madde 84	13	1	1	1	0,75	Red
Madde 85	13	0	2	1	0,63	Red
Madde 86	10	1	1	4	0,38	Red

EK-4. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/02/2020-E.6996



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



Sayı : 46418926-050.03.04
Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme
Raporu (20/47)

Sayın Prof. Dr. Neriman ZENGİN

Kurulumuzda değerlendirmek üzere sunduğunuz 20/47 kayıt numaralı, *"Ebelerin Doğum Sürecinde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi"* başlıklı proje önerisi kurulumuzun 10.02.2020 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve geliştirilecek olan ölçeğe ilişkin maddelerin eklenmesi koşuluyla etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan



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

Sayı : 46418926
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 10 ŞUBAT 2020 PAZARTESİ
TOPLANTI NO : 2020/1
PROJE/ KARAR NO : 20/47 (Değerlendirilme Tarihi: 10.02.2020)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilimdalında görevli Prof. Dr. Neriman ZENGİN' in sorumlu, Doktora Öğrencisi Meral KURT DURMUŞ' un yardımcı araştırmacı olduğu 20/47 kayıt numaralı, **"Ebelerin Doğum Sürecinde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi"** başlıklı proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK-5. İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TEŞCİL BİRİMİ
12/03/2021 13:20 - E-15916306 - 604.01.01 - 2023



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Araştırma İzni Hk. (Meral KURT
DURMUŞ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 08/02/2021 tarihli ve 74839299-604.01.01-01-2432 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıda İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde müdür yardımcısı kadrosunda görevli Meral KURT DURMUŞ'un danışmanlığını Prof. Dr. Neriman ZENGİN'in yaptığı '*Ebelerin Doğum Sürecinde Kanıt Temelli Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*' konulu araştırma talebi Birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu'nun 09.03.2021 tarih ve 2021/08 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırmanın Kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek), sürecin koordinasyonunun Başhekimliklerce sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından başvuru sahibine tebliği hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

insent ÖLÇEK İZN

X

← □ ! 🗑️ 📁 ⌚ 🖨️ 📄 ...

< >

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

🖨️ 🔗

🕒 15 Oca 2021 10:21 ☆ ↻ ⋮

Merhabalar Yasemin Hocam
Ben Meral Kurt Durmuş Sağlık Bilimleri Ebelik öğrencisiyim,Daha öncede Tez danışmanım Neriman hocamla mailinize istinaden Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2015; 17(2-3): 21-35 yayınlanan makalenizde geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız "Kanita Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği"ni Ebelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarını değerlendiren Doktora tez çalışmamda kullanmamıza verdiğiniz izin için çok teşekkür ederim.
Ek: İzln Belgesi

↶ Yanıtla

➦ Yönlendir

EK-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma; ebelerin doğum eyleminde kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirebilen geçerli, güvenilir ve standardize bir ölçüm aracı (ölçek) geliştirmek için yapılmaktadır. Aynı zamanda Ayhan Y, tarafından Türkçeye uyarlanan “Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kullanılacaktır. Doktora tezi olan çalışmada, en az 400 ebeye anket uygulanması gerekmektedir. Çalışma sonucunda geliştirilecek ölçeğin; Ebelerin doğum eyleminde kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumlarını değerlendirebilen geçerli, güvenilir ve standardize bir ölçüm aracı (ölçek) geliştirmektir. Ebelerin doğum eyleminde kanıt temelli uygulamalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi, kanıt temelli yaklaşımlardan yararlanmama nedenleri değerlendirilmesi, ebelik mesleğinin profesyonelleşmesi ve verilen bakımın kalitesinin arttırılabilmesi için, ebelere yönelik çalışmaların planlanmasında kaynak olması ve yapılacak araştırmalarda kullanılması beklenmektedir. Araştırma için, Sağlık Bilimleri Üniversitesinden Etik Kurul Onayı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı çalışma izni alınmıştır. Ancak bu araştırmaya katılımda gönüllülük esastır ve anket formlarını uygulayabilmemiz için sizin de onayınız/rızanız gerekmektedir. Bu araştırmaya katılma, katılmama ve istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Eğer çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden yazılı olarak gönüllü onamı/rızası alınır ve araştırmacı tarafından verilen formları doldurmanız istenir. Bu formları doldurmanız yaklaşık 10-15 dk. sürer. Doldurduğunuz tüm formlar, araştırmacı tarafından teslim alınır ve özenle muhafaza edilir. Yazılı onam belgesini imzalamış olsanız bile istediğiniz zaman çalışmadan çekilme/ayrılma hakkınız vardır. Bunun için çekilme isteğinizi araştırmacıya iletmeniz yeterlidir. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmesi yapılmaz ve sizden herhangi bir ücret talep edilmez/alınmaz. Araştırma sürecinde ve araştırmanın sonuçları yayımlandığında kişisel kimlik bilgileriniz gizli tutulur. Ancak gerekli görülmesi durumunda etik kurulların, tez izleme komitesinin ve resmi makamların, sizin doldurduğunuz formlara ulaşarak inceleme hakkı vardır. Bu araştırma ile ilgili olan konularda kurtmeral@gmail.com adresine mail göndererek bana ulaşabilirsiniz.

Araştırmama katıldığınız için teşekkür ederim.

Meral KURT DURMUŞ

EK-8. Ebelerin Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik İnanç ve Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalar oldukça önemlidir. Bu uygulamalar sezaryen oranlarını ve doğum memnuniyetini etkilemektedir. Ancak kanıta dayalı uygulamalara yönelik ebelerin tutumları hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışma; “Ebelerin doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalara yönelik inanç ve tutumlarını değerlendiren bir ölçek geliştirmek” amacı ile planlanmıştır. Aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak cevaplamamız bizler için çok önemlidir.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Doğum eyleminde gebeyi yalnız bırakmam / gebenin sürekli yanında olurum.					
2. Gebenin ağrısını ifade etmesinden rahatsızlık duymam.					
3. Doğumun birinci evresinde gebeyi nefes teknikleri kullanması için cesaretlendiririm					
4. Doğum ağrısı başladığında gebeyi ılık duş alması için desteklerim.					
5. Doğumhaneye yatan her gebeye mutlaka perine traşı yaparım (-)					
6. Doğumhaneye kabul edilen her gebeye lavman uygularam(-)					
7. Doğumda kontrollü göbek kordonu traksiyonunu uygularam.					
8. Gebenin doğumhaneye aktif faz başlayınca kabul edilmesi gerektiğini düşünürüm.					
9. Doğum eyleminin takibinde partograf kullanırım.					
10. Partografin doğum eyleminin takibi için kullanılmasını desteklerim.					
11. Düşük riskli gebeler için aralıklı elektronik fetal izlemin kullanılmasını desteklerim.					
12. Doğumun ikinci evresinde kadının nefesini tutarak (kapalı glottis) ıkmmasını sağlarım.					
13. Doğumhaneye kabul edilen gebelere IV mayi takılması gerektiğini düşünürüm.(-)					
14. Doğum eyleminde olan tüm gebelere amniotomi uygularam (-)					
15. Bütün primipar gebelere indüksiyon uygulanmasını desteklerim (-)					
16. Gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için bel ve sırtına masaj yaparım.					
17. Doğumun ikinci evresinde kadının nefes kaçırarak ya da ses çıkararak (açık glottis) ıkmmasını sağlarım.					
18. Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa su içmesine izin veririm.					
19. Gebenin operasyon gerektirecek riskli bir durumu yoksa hafif gıdalarla beslenmesini desteklerim.					
20. Doğumun ikinci evresinde bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için krede manevrası (fundal bası) yapılmasını sağlarım. (-)					
21. Primipar gebelerde mutlaka epizyotomi uygularam.(-)					
22. Doğum sürecinde sakıncası yoksa gebenin istediği kadar hareket etmesine izin veririm.					

23. Sürekli fetal izlemin, doğumun ilerleyişini yavaşlattığını düşünürüm.					
24. Gebe sürekli litotomi pozisyonunda kalmasına dikkat ederim (-)					
25. Sık vajinal tuşe yapmaktan kaçınırım.					
26. Bebeğin başının çıkışı sırasında tüm gebelerde perineyi yırtılma riski açısından değerlendirdikten sonra epizyotomiyi uygulardım					
27. Bebeği doğar doğmaz annenin karnı/göğsü üzerine koyarak ten teması sağlarım.					
28. Doğum sonu dönemde bütün gebelere uterus masajı yaparım.					
29. Doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeyi başlatırım.					



