



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**KADINLARDA DOĞUMDA SAYGILI ANNELİK BAKIM  
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve SAYGILI ANNELİK BAKIMI  
ALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**FATMA BAY**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER**

**Eskişehir, 2024**





T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**KADINLARDA DOĞUMDA SAYGILI ANNELİK BAKIM  
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve SAYGILI ANNELİK BAKIMI  
ALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**FATMA BAY**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER**

**Eskişehir, 2024**

## ÖZET

**Başlık:**Kadınlarda doğumda saygılı annelik bakım ölçeğinin geliştirilmesi ve saygılı annelik bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi

**Amaç:**Kadınların doğumda aldıkları bakımı fenomenolojik olarak değerlendirmek, elde edilen bulgular ile geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen ölçüm aracı ile doğumda saygılı annelik bakım düzeyini belirlemektir.

**Yöntem:**Bu araştırma karma desen keşfedici tasarım yöntemine sahiptir ve üç aşamadan oluşmuştur. Nitel çalışma, 16 lohusa ile 23 Eylül-23 Ekim 2022 tarih aralıklarında, 6 katılımcı ile online, 10 katılımcı ile yüzyüze olacak şekilde yapılmıştır. İkinci aşamada uzman görüşleri sonrası düzenlenen 43 maddelik nihai taslak ölçek, 437 lohusaya, 01 Haziran-15 Kasım 2023 tarihleri arasında uygulanmıştır. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği, üçüncü aşamada 800 lohusaya, online tasarımda, 06 Aralık 2023- 06 Nisan 2024 tarihleri arasında uygulanmıştır.

**Bulgular:**Doğumda saygılı annelik bakımı tanımı kapsamında 4 alt tema oluşturulmuştur. Alt temalar kapsamında 83 ifade ile taslak ölçek oluşturulmuştur. Uzman görüşleri sonrası örnekleme uygulanan nihai taslak ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonucunda; 26 maddelik ölçeğin üç faktörlü yapıda olduğu, toplam varyansın %62'sini açıkladığı, ölçeğin toplam puan Cronbach Alpha katsayısının 0,944 olduğu ve Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeğinin doğum sonu dönemde uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur. Türkiye genelinde doğumda saygılı annelik bakım oranı %78,75'dir.

**Sonuç:**Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Türkiye'de her dört kadından üçü doğumda saygılı annelik bakımını yeterli almaktadır. Doğumda saygılı annelik bakımı, doğum bakımının ana unsuru olduğundan tüm doğum hizmeti verilen kurumlarda uygulanması, Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği ile daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Doğum, Ebe, Saygılı Annelik Bakımı, Ölçek.

## **ABSTRACT**

**Title:** Development of the respectful maternal care scale for women during birth and evaluation of their receiving respectful maternal care

**Aim:** To phenomenologically evaluate the care women receive at birth, to develop a valid and reliable measurement tool with the findings obtained, and to determine the level of Respectful Maternity Care with the developed measurement tool.

**Methods:** This research has a mixed pattern exploratory design method and consists of three stages. The qualitative study was conducted with 16 postpartum mothers between 23 September and 23 October 2022, with 6 participants online and 10 participants face to face. In the second stage, the final draft scale with 43 items, prepared after expert opinions, was applied to 437 postpartum women between 01 June and 15 November 2023. The Respectful Maternity Care Scale at Birth was applied to 800 postpartum women in the third stage, in an online design, between 06 December 2023 and 06 April 2024.

**Results:** Four sub-themes were created within the scope of the definition of respectful maternal care at birth. A draft scale was created with 83 statements within the scope of sub-themes. As a result of the explanatory factor analysis of the final draft scale applied to the sample after expert opinions; It was found that the 26-item scale has a three-factor structure, explains 62% of the total variance, the total score Cronbach Alpha coefficient of the scale is 0.944, and the Respectful Maternity Care Scale at Birth is a valid and reliable scale that can be applied in the postpartum period. The rate of respectful maternity care at birth in Turkey is 78.75%.

**Conclusions:** Respectful Maternity Care Scale at Birth is a valid and reliable scale. In Turkey, three out of every four women receive adequate respectful maternal care at birth. Since respectful maternity care at birth is the main element of maternity care, it should be implemented in all institutions providing maternity services, and more studies should be conducted with the Respectful Maternity Care at Birth Scale.

**Key words:** Birth, Midwife, Respectful Maternity Care, Scale.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	
ETİK BEYAN.....	
TEŞEKKÜR.....	
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Doğumun Ayırt Edici Önemi.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Doğum Yapan Kadınların Hakları.....</b>	<b>6</b>
<b>2.3. Ebe Ve Doktorların Sorumlulukları (Mesleki Etik).....</b>	<b>13</b>
<b>2.4. Doğum Sırasında Temel Bakımın Kalitesi.....</b>	<b>15</b>
2.4.1. Doğum anında bakım için önerilen müdahaleler.....	16
2.4.2. Doğum anında kullanılması önerilmeyen müdahaleler.....	17
<b>2.5. Saygılı Annelik Bakımı Çerçevesi.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.1. Eylem ve doğum sırasında saygılı annelik bakımında risk faktörleri</b>	
<b>ve SAB'nin önemi.....</b>	<b>20</b>
<b>2.6. Saygılı Annelik Bakımının Teşvik Edilmesine İlişkin Ana Stratejiler</b>	
<b>veya Müdahaleler.....</b>	<b>22</b>
2.6.1. Saygılı annelik bakımına yönelik müdahale türleri.....	23
2.6.2. Saygılı annelik bakım çözüm önerileri.....	26
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....</b>	<b>29</b>
3.1.1. Araştırma soruları.....	4
<b>3.2. Araştırmanın Etik Boyutu.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3. 1.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Fenomenolojik İnceleme.....</b>	<b>29</b>
3.3.1. Araştırmanın tasarımı.....	29
3.3.2. Veri oluşturma süreci.....	30
3.3.3. Nitel çalışmaya dahil edilen katılımcılar.....	31
3.3.4. Verilerin analizi.....	31
<b>3.4. 2.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Ölçek Geliştirme Çalışması.....</b>	<b>32</b>
3.4.1. Araştırmanın amacı.....	32
3.4.2. Araştırmanın türü.....	32

3.4.4. Araştırmanın uygulanması.....	32
<b>3.5. 3.Aşama: Postpartum Kadınlarda Saygılı Annelik Bakım Düzeyi ve İlişkili Faktörler.....</b>	<b>38</b>
3.5.5. Veri toplama formları.....	40
3.5.6. Verilerin değerlendirilmesi .....	41
3.5.7. Araştırmadaki güçlükler.....	43
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1. 1.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Fenomenolojik İnceleme.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2. 2.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Ölçek Geliştirme Çalışması.....</b>	<b>57</b>
4.2.1. Madde geliştirme .....	57
4.2.2. Ölçek geliştirme .....	59
4.2.3. Tepki yanlılığı.....	86
4.2.4. ROC analizi sonucu kesme puanlarının incelenmesi .....	86
<b>4.3. 3.Aşama: Postpartum Kadınlarda Saygılı Annelik Bakım Düzeyi ve İlişkili Faktörler .....</b>	<b>89</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>95</b>
<b>5.1. 1.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Fenomenolojik İnceleme.....</b>	<b>95</b>
5.1.1. 1.Alt tema: Onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan veya korumayan bakım algıları.....	96
5.1.2. 2.Alt tema: Zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan bakım algıları .....	99
5.1.3. 3.Alt tema: Eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan veya sağlamayan bakım algıları .....	101
5.1.4. 4. Alt tema: Organize edilebilen ve sağlanan bakım algıları .....	104
<b>5.2. 2.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Ölçek Geliştirme Çalışması.....</b>	<b>105</b>
<b>5.3. 3.Aşama: Postpartum Kadınlarda Saygılı Annelik Bakım Düzeyi ve İlişkili Faktörler .....</b>	<b>115</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>120</b>
<b>7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....</b>	<b>124</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ.....</b>	<b>137</b>
EK 1. Etik Kurul Onayı	
EK 2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kurum İzni	
EK 3. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kurum İzni	
EK 4. Medicana Konya Hastanesi Kurum İzni	
EK 5. Ölçek İzni	
EK 6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	

EK 7. Karekod	
EK 8. Afiş (Birinci)	
EK 9. Afiş (İkinci)	
EK 10. Nihai Taslak Ölçek	
EK 11. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği	
EK 12. Benzerlik Raporu	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>149</b>
<b>10. AYINLAMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....</b>	<b>150</b>





## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Doğumda saygısızlık ve istismar kategorilerinin doğum yapan kadının sahip olması gereken hakları ile eşlenmesi (Byrom & Downe, 2021; Reis vd., 2012; White Ribbon Alliance, 2014).....	8
<b>Tablo 2.2.</b> Doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum bakımı alırken kadınların sahip oldukları hakların dayandığı standartlar (White Ribbon Alliance, 2014) .....	9
<b>Tablo 2.3.</b> ICM Ebelik Etik Kodları (International Confederation of Midwives, 2008).....	14
<b>Tablo 2.4.</b> Saygılı Doğum Bakımının etkileyen risk faktörlerinin alt kategorileri (Bowser & Hill, 2010; Ratcliffe vd., 2013) .....	20
<b>Tablo 2.4.</b> Saygılı Doğum Bakımının etkileyen risk faktörlerinin alt kategorileri (Bowser & Hill, 2010; Ratcliffe vd., 2013) (devam ediyor) .....	201
<b>Tablo 2.5.</b> Risk faktörleri ve alt kategorilere yönelik müdahaleler (Ratcliffe vd., 2013; White Ribbon Alliance, 2016) .....	23
<b>Tablo 3.1.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Test ve Teknikler .....	42
<b>Tablo 4. 1.</b> Nitel çalışmaya dahil edilen kadınlara ait bilgiler .....	45
<b>Tablo 4. 2.</b> Birinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri .....	47
<b>Tablo 4. 3.</b> İkinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri .....	49
<b>Tablo 4. 4.</b> Üçüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri.....	52
<b>Tablo 4. 5.</b> Dördüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri .....	54
<b>Tablo 4. 6.</b> Uzman değerlendirmesi doğrultusunda madde havuzu KGİ değerleri .....	57
<b>Tablo 4. 7.</b> Pilot çalışma Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı .....	59
<b>Tablo 4. 8.</b> Pilot çalışma toplam madde istatistikleri .....	59
<b>Tablo 4. 9.</b> Katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgiler (n=437) .....	61
<b>Tablo 4. 10.</b> Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğu.....	63
<b>Tablo 4. 11.</b> DAMDÖ ve taslak DSABÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	63
<b>Tablo 4. 12.</b> Taslak DSABÖ'deki maddeler arasındaki ilişkinin korelasyon analiziyle incelenmesi.....	66
<b>Tablo 4. 13.</b> Taslak DSABÖ'deki maddeler arasındaki ilişkinin korelasyon analiziyle incelenmesi.....	67
<b>Tablo 4. 14.</b> Taslak DSABÖ' ye ilişkin Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçları.....	68
<b>Tablo 4. 15.</b> Taslak DSABÖ faktör dağılımı olmadığındaki uyum iyiliği indeksleri.....	71

## TABLolar DİZİNİ (Devam Ediyor)

<b>Tablo 4. 16.</b> Taslak DSABÖ alt boyutları olduğu durumdaki uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi .....	73
<b>Tablo 4. 17.</b> Taslak DSABÖ'ye ilişkin maddelerin standardize regresyon katsayıları.....	73
<b>Tablo 4.18.</b> Taslak DSABÖ birincil faktör analizi sonucu elde edilen model uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi .....	76
<b>Tablo 4.19.</b> Taslak DSABÖ birincil düzey faktör analizi sonucunda elde edilen modele ilişkin regresyon katsayılarının incelenmesi .....	76
<b>Tablo 4.20.</b> Taslak DSABÖ alt boyutları olduğu durumdaki uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi .....	79
<b>Tablo 4.21.</b> Taslak DSABÖ ikincil düzey faktör analizi sonucunda elde edilen modele ilişkin regresyon katsayılarının incelenmesi .....	79
<b>Tablo 4.22.</b> Taslak DSABÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi .....	81
<b>Tablo 4.23.</b> Taslak DSABÖ'ye ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi .....	81
<b>Tablo 4.24.</b> Taslak DAMDÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi.....	82
<b>Tablo 4.25.</b> Taslak DSABÖ ve DAMDÖ korelasyon tablosu .....	83
<b>Tablo 4.26.</b> Test tekrar test sonuçlarının incelenmesi .....	83
<b>Tablo 4.27.</b> Taslak DSABÖ'ye ilişkin alt ve üst %27'yi oluşturan madde ayırt edicilik analizleri.....	85
<b>Tablo 4.28.</b> ROC curve analizi duyarlılık ve özgüllük sonuçları (Tanımlayıcı çalışma n=800, Ölçek geliştir n=437).....	86
<b>Tablo 4.28.</b> ROC curve analizi duyarlılık ve özgüllük sonuçları (Tanımlayıcı çalışma n=800, Ölçek geliştir n=437)(devam ediyor) .....	867
<b>Tablo 4.29.</b> Kesme noktası puanına göre doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alanlar ile yeterli saygılı annelik bakımı almayanların taslak DSABÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	88
<b>Tablo 4.30.</b> Katılımcıların demografik ve obstetrik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	89
<b>Tablo 4.31.</b> Katılımcıların DSABÖ toplam ve alt boyut puanına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve iç tutarlılık katsayıları (n=800).....	91
<b>Tablo 4.32.</b> DSABÖ'ye göre katılımcıların doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alma durumlarının dağılımı (n=800) .....	91
<b>Tablo 4.33.</b> DSABÖ'ye göre katılımcıların doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alma durumlarını etkileyen faktörler (n=800) .....	92

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Saygılı Doğum Bakımının sağlamlasını etkileyen risk faktörlerini gösteren ekolojik model (Ratcliffe vd., 2013).....	20
Şekil 2.2. Düşük kaliteli bakım uygulamaları (WHO, 2017) .....	22
Şekil 3.1. Posthoc örneklem analizi .....	39
Şekil 3.2. Tez aşamaları akış şeması.....	42
Şekil 4.1. Doğumda Saygılı Annelik Bakımına ait alt temalar.....	46
Şekil 4.2. AFA sonucunda elde edilen eigen value eğrisinin incelenmesi .....	69
Şekil 4.3. Taslak DSBAÖ faktör dağılımı olmadan Path Diyagramı .....	70
Şekil 4.4. Taslak DSABÖ alt boyutlarının Path Diyagramı .....	72
Şekil 4.5. Taslak DSABÖ birincil düzey faktör analizinin Path Diyagramı .....	75
Şekil 4.6. Taslak ikincil düzey faktör analizi Path Diyagramı .....	78

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	:Açıklayıcı Faktör Analizi
AIDS	:Acquired Immune Deficiency Syndrome
CFI	:Comparative Fit Index
DBH	:Doğumda Bakım ve Hizmet
DH	:Devlet Hastanesi
DFA	:Doğrulayıcı Faktör Analizi
DOU	:Doğum Ortamının Uygunluğu
DPD	:Doğumda Profesyonel Destek
DSABÖ	:Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GRMCC	:Global Respectful Maternity Care Council
GIF	:Goodness of Fit Index
EFM	:Elektronik Fetal Monitörizasyon
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
KDÇH	:Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
KGİ	:Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	:Kaiser–Meyer–Olkin Test
KTO	:Konya Ticaret Odası
NDAMDÖ	:Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
NNFI	:Non-normed Fit Index
RMSEA	:Root Mean Square Error of Approximation
RMC	:Respectful Maternity Care
ROC	:Receiver Operating Characteristic
SAB	:Saygılı Annelik Bakımı
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	:Standardized Root Mean Square Residual
TDK	:Türk Dil Kurumu
WHO	:World Health Organisation
WRA	:White Ribbon Alliance

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum kendiliğinden başlayan, doğal bir süreç olmasının yanında, sosyolojik ve psikolojik yönleri bulunan, aile ve toplum için manevi değerler taşıyan bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Pozitif Doğum Deneyimi için İntrapartum Bakım Kılavuzu, doğumun bu yönlerine dikkat çekmekte ve doğumda saygılı annelik bakımını (SAB) önermektedir. Saygılı Annelik Bakımı; “tüm kadınlar için onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan, zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan, eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan, organize edilebilen ve sağlanan bakım” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2018). SAB yalnızca bakım kalitesinin önemli bir bileşeni değil, bir insan hakkıdır (Gameiro, 2016; White Ribbon Alliance, 2014). Aynı zamanda her kadının, saygılı, onurlu sağlık hizmeti alma hakkı ile birlikte ulaşılabilir en yüksek düzeyde sağlık standardına sahip olma hakkı da bulunmaktadır (World Health Organisation, 2015). Son yıllarda Uluslararası İnsan Hakları Kuruluşları tarafından maternal mortalite ve morbidite bağlamında, insan hakları standartları geliştirilmesi ve uygulamasına rağmen, giderek artan ve kritik şekilde, gebelik, travay, doğum ve postpartum bakımın sağlanmasında insan hakkı sorunu devam etmektedir (Khosla vd., 2016).

Doğum sırasında kötü muamelenin ve bakım kalitesinin ölçülmesi, saygılı annelik bakımını teşvik etmede önemlidir. Etiyopya'nın Güney Batı Bölgesi'ndeki kamu hastanelerinde 370 postpartum kadının katılımı ile gerçekleşen çalışmada kadınların %11,6'sının doğum sırasında çok düşük, %39,7'sinin düşük, %20,8'sinin orta ve %27,8'sinin yüksek düzeyde saygılı annelik bakımı deneyimledikleri bildirilmiştir (Birie & Niguse, 2023). Bir diğer çalışmada, kadınların orta düzey SAB aldığı ve yaklaşık yarısının, doğumun birinci evresi boyunca hareket etme ve yemek yemelerine izin verilmediği bildirilmektedir (AbuAlrub vd., 2022). Türkiye'de doğumda SAB düzeyini bildiren herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak 2022 sezaryen oranı %60,1'e ulaşmış ve primer sezaryen oranı ise %31,1'dir (Başara vd., 2024). Sezaryen oranının yüksekliği doğumda verilen bakımın yetersizliğinden kaynaklanabilir. Örneğin doğum ve doğum sırasında kadının hareketinin kısıtlanması, ağrının yönetilmesini zorlaştırmakta, anestezi ihtiyacını arttırmakta, doğum süresini uzatmakta ve sezaryen doğum olasılığını arttırmaktadır (Brandão vd., 2018).

Birçok anne sağlığı ve insan hakları uzmanı, doğumda saygısızlık ve istismarın nitelikli doğum bakımından yararlanmanın önündeki en önemli engel olduğuna, ortak

bir sağlık sorunu oluşturduğuna, birçok ülkede kadınların acı çekmesine ve insan hakları ihlallerine yol açtığına inanmaktadır (Bowser & Hill, 2010). Bowser ve Hill (2010)'in Tesis Temelli Doğumda Saygısızlık ve İstismarla İlgili Kanıtları Keşfetmek isimli kapsamlı raporlarında, doğumda yedi saygısızlık ve istismar kategorisi belirlemişlerdir. Bunlar; fiziksel istismar, gizli olmayan bakım, onurlu olmayan bakım, rıza dışı bakım, belirli hasta özelliklerine dayalı ayrımcılık, bakımın terk edilmesi veya reddedilmesi ve tesislerde tutulmayı içerir (Bowser & Hill, 2010). Kanıtlar kadınların sağlık tesisleri temelli doğumların önemini bildiklerini ve bu kurumlarda doğum yapmak istediklerini ancak saygısız, yetersiz, düşük kaliteli önceki deneyimler nedeniyle bunu yapmayı tercih etmediklerini, evde doğumu daha fazla tercih ettiklerini bildirmektedir (Ratcliffe vd., 2013).

Shakibazadeh vd. (2018) küresel olarak sağlık tesislerindeki saygılı annelik bakımını inceledikleri 32 ülkeden 67 çalışmanın nitel kanıt sentezinde, küresel olarak kadınların bakış açısını yansıtan 12 saygılı annelik bakım alanı olduğu bildirilmektedir. Bunlar; kötü muameleden ve zarardan uzak olmak, mahremiyeti, gizliliği, kadınların itibarını korumak, geleceğe yönelik bilgi sağlanması, bilgilendirilmiş rıza aranması, toplum ve aile desteğine sürekli olacak şekilde erişimin sağlanması, adil doğum bakımı sağlamak, evre ve kaynakların kalitesinin arttırılması, doğum yapma yeteneklerini güçlendirebilecek seçimlere saygı duymak, etkili iletişim kurmak, yetkin ve motive insan kaynaklarının bulunması, verimli ve etkili bakımın sağlanması, bakımın sürekliliğidir (Shakibazadeh vd., 2018). Özellikle ergenler, evli olmayan, düşük sosyo-ekonomik statüdeki kadınlar, etnik azınlıklardan, göçmen ve HIV ile yaşayan kadınlar, saygısız ve kötü muameleye daha fazla maruz kalabilmektedir (World Health Organisation, 2015).

Saygılı annelik bakımı kavramı, kadınların özel ihtiyaçlarına özel önem verilmesi gerektiği anlamına gelen kadın merkezli bir yaklaşım benimseyerek doğumu insancillaştırma ihtiyacını ortaya koymaktadır (Gameiro, 2016). Kadınların, gebelik ve doğum sırasında, bakım verenler ve sağlık bakım sistemi ile ilişkisi hayati derecede mühimdir. Çünkü kadınların bakım verenler ile yaşadıkları deneyimler, kadınların güvenini ve özsaygısını arttırarak ya da azaltarak güçlendirme ve rahatlama ya da kalıcı hasar ve duygusal travma yaratma etkisine sahiptir. Her iki durumda da kadınların doğum deneyimlerine ilişkin hatıraları yaşamları boyunca onlarla kalır ve genellikle diğer kadınlarla paylaşılır, bu da ocuk doğurma konusunda bir güven veya şüphe

ortamına katkıda bulunmaktadır (White Ribbon Alliance, 2014). Kadınlara saygısız ve kötü muamele gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca ortaya çıkabilirken, kadınlar özellikle doğum sırasında savunmasızdır. Bu tür uygulamaların hem anne hem de bebek için doğrudan olumsuz sonuçları olabilmektedir (World Health Organisation, 2015). Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin 5.si "Anne sağlığının iyileştirilmesi" için temel stratejilerden biri, nitelikli doğum kapsamını artırmak iken saygısızlık ve istismarın olumsuz etkisi, anne sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Tesis temelli doğumda saygısızlık ve suistimal, genellikle tesis temelli doğum hizmetlerinin mevcut ve/veya gelecekteki kullanımına caydırıcı etki edebilmektedir (Bowser & Hill, 2010). Dolayısıyla annelik bakımının saygılı bir şekilde sağlanması hem Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşılması hem de kadınların temel insan haklarının güvence altına alınması açısından çok büyük etkileri vardır (Ratcliffe vd., 2013).

Saygılı annelik bakımını sağlamak için uygulanması gereken en önemli önlemlerden biri saygılı annelik bakımının ölçülmesidir. Dhakal ve ark. (2021) yapmış oldukları sistematik makalede, dünyada saygılı annelik bakımını değerlendirebilecek altı adet ölçek olduğu bildirilmektedir (Dhakal vd., 2021). Türkiyede saygılı annelik bakımı doğum memnuniyeti anketleri ile değerlendirilmekte iken Saygılı Annelik Bakım Ölçeği, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemi kapsayacak şekilde 2023 yılında geliştirilmiştir (Dişsiz vd., 2023). Ancak henüz bu ölçek ile yapılan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Doğumda anne memnuniyeti, saygılı annelik bakımının yalnızca bir parçasıdır ve tamamını karşılamamaktadır. Bu nedenle kadınların bakım algılarını değerlendirebilecek, kültüre özgü, objektif bir ölçüm aracına ihtiyaç bulunmaktadır. Aynı zamanda DSÖ, 2015 ve 2018 yıllarındaki rehberleri ile doğum sırasında saygılı annelik bakımını tanımlamak, ölçmek ve anlamak için önemli bir araştırma gündemi oluşturmaktadır. Rehberlerde SAB oranlarının ölçülmesi ve düzeltilmesi ile ilgili ülkelere önerilerde bulunmaktadır (World Health Organisation, 2015; World Health Organization, 2018). DSÖ'nün 2018'de SAB ile ilgili kavramsal boyutu yerleşirmesi ve Türkiye'de de SAB'nın sezaryen oranlarını azaltmadaki katkısı göz önüne alındığında, geliştireceğimiz ölçüm aracı ile sağlık politikası üretenlerin dikkatleri bu konuya çekilebilecek ve yasal düzenleme yapma konusunda teşvik edici olabilecektir. Ölçüm aracı, sağlık hizmeti sunucularının eylem ve doğum sırasındaki davranışlarını iyileştirmek için stratejiler ve müdahaleler tasarlamak,

doğumda saygısız bakımın boyutunu değerlendirmek, ebeler için hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim müfredatı tasarlamak için de kullanılabilir (Bowser & Hill, 2010). Araştırmanın amacı kadınların doğumda aldıkları bakımı fenomenolojik olarak değerlendirmek, elde edilen bulgular ile geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen ölçüm aracı ile saygılı annelik bakım düzeyini belirlemektir.

### **1.1.Araştırma Soruları**

1. Kadınlar doğumda kendilerine verilen bakımı nasıl algılamaktadır?
2. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği kadınlara verilen bakımı ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
3. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği alt boyutları nelerdir?
4. Ülkemizde doğumda saygılı annelik bakım düzeyi nedir?
5. Doğumda saygılı annelik bakımını etkileyen faktörler nelerdir?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğumun Ayırt Edici Önemi

Doğum kendiliğinden başlayan, doğal bir süreçtir. Aynı zamanda kadının varoluş durumlarından bir diğerine geçtiği dönüştürücü bir yaşam dönemidir. Bu nedenle kadınlar doğumu manevi bir olay olarak görmektedir (Byrom & Downe, 2021). Doğumun “kutsal” olarak ifade edilmesinin nedeni ise, kadınların bakımı ile ilgilenen çevreden özel ilgi görmesi gereken önemli bir olay olduğunu vurgulamak içindir. Bununla birlikte doğum yapmanın gücüne karşı olan saygısızlık, dünyada derin bir düzensizlik ve cahillik oluşturmaktadır (Gaskin, 2018). Doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında kadınlara yönelik saygısız ve istismarcı olan bakım uygulamaları, toplumların anneliğe atfettiği yüksek değer ve bu dönemde kadınların yoğun savunmasızlığı nedeniyle dehşet vericidir (White Ribbon Alliance, 2014).

Doğum, yalnızca kadınların tecrübe etme şansına sahip olduğu, doğanın sürekli işleyen temel işlevlerinden ve erkeklerin asla pay sahibi olamayacağı bir insan oluşum mekanizmasıdır (Gaskin, 2018). Dünya çapındaki her ülke ve toplulukta gebelik ve doğum, kadınların ve ailelerin hayatındaki önemli olaylardır ve yoğun bir kırılma döneminin temsil eder. "Güvenli annelik" kavramı genellikle fiziksel güvenlikle sınırlıdır, ancak çocuk doğurmak aynı zamanda bir kadın ve ailesi için derin kişisel ve kültürel öneme sahip, önemli bir geçiş törenidir (White Ribbon Alliance, 2016).

Gebelik, doğum ve bunların sonuçları, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında hâlâ ölüm, hastalık ve sakatlığın önde gelen nedenleridir (WHO, 2017). 2020 yılında yaklaşık 287.000, her gün yaklaşık 800, neredeyse her iki dakikada bir gebelik, doğum sırasında veya sonrasında kadın hayatını kaybetmiştir. 2020 yılında tüm anne ölümlerinin neredeyse %95'i düşük ve alt orta gelirli ülkelerde çoğu önlenemez nedenler ile meydana gelmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri bağlamında ülkeler, anne ölümlerinin 2030 yılına kadar 100.000 doğumda 70'in altına düşürülmesi hedefinde birleşmiştir. DSÖ, doğum öncesi, doğum sırasında ve sonrasında vasıflı sağlık profesyonellerinin bakımı, kadınların ve yeni doğan bebeklerin hayatının kurtarılabilirliğini bildirmiştir (Paudel, 2022; World Health Organization, 2023). Yüksek anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini ele almaya yönelik temel strateji, vasıflı doğum görevlilerinin katıldığı doğumların oranını en az

%60'a çıkarmak ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine daha iyi erişim sağlamaktır (WHO, 2017).

Doğum süreci annenin zihinsel durumundan ve çevresel faktörlerden etkilendiği için tamamen fizyolojik bir olay değildir. Kadının kendini güvende ve korunmuş hissetmesi gerekir. Oksitosin salınımı ve buna bağlı olarak kontraksiyonlar, kadının “tehlikeli” olarak algıladığı ortamlarda devam etmemektedir (Byrom & Downe, 2021). Bir kadının gebelik ve doğum sırasında doğum bakımı sağlayıcıları ve doğum bakımı sistemiyle ilişkisi hayati önem taşır. Bu ilişki potansiyel olarak hayat kurtarıcı, sağlık hizmetleri için bir araç olmakla kalmamakta, aynı zamanda kadınların bu dönemde bakım verenlerle yaşadığı deneyimler, kadınların özgüvenini ve özsaygısını artıracak ya da azaltacak şekilde güçlendirme ve rahatlatma ya da kalıcı hasar ve duygusal travma yaratma etkisine sahip olmaktadır. Her iki durumda da, kadınların çocuk doğurma deneyimlerine ilişkin anıları, ömürleri boyunca onlarla kalmakta ve sıklıkla diğer kadınlarla paylaşılmaktadır. Bu durum, doğum konusunda güven veya şüphe ortamının oluşmasına katkıda bulunmaktadır (White Ribbon Alliance, 2014).

## **2.2. Doğum Yapan Kadınların Hakları**

İnsan hakları, dini, felsefi ve hukuki ilkelere dayanmaktadır. Çoğu din, tüm insanlara eşit ve adil davranılması kavramını teşvik eder. Eşitlik, onur ve ayrımcılık yapmama ilkesi, insan haklarının felsefi temelini oluşturur. Kadına Yönelik Şiddetin Sona Ermesi (End Violence Against Women) Kanununun 35. maddesinde, “eğer bir kişi, bir kadının eğitim, çalışma ve sağlık hizmetlerine erişim hakkını veya kanunda öngörülen diğer hakları kullanmasını yasaklıyorsa, duruma göre; altı ayı geçmemek üzere kısa süreli hapis cezasına çarptırılacaktır” ifadesi yer almaktadır (WHO, 2017). İnsan hakları hukuku, insan onuru ilkesine dayanmaktadır ve tüm hizmet verenler Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde belirtilen haklara saygı göstermek ile yükümlüdürler (Byrom & Downe, 2021). İnsan hakları, yaş, milliyet, ikamet yeri, cinsiyet, ulusal veya etnik köken, renk, din, dil veya başka herhangi bir statüye bakılmaksızın, ayırım gözetilmeksizin tüm insanların doğasında bulunan haklardır. Evrensel insan hakları sıklıkla uluslararası anlaşmalar gibi yasal belgelerle ifade edilir ve garanti altına alınır. Uluslararası insan hakları hukuku, bireylerin veya grupların insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı göstermek, bunları korumak ve yerine getirmek için devletlerin belirli şekillerde hareket etme veya belirli eylemlerden

kaçınma yükümlülüklerini belirler (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

İnsan onuru, doğumun merkezindedir. İnsan onuru ilkesi, kötü niyetli bakımdan kaçınmanın ötesinde, kadın ve ebe arasındaki ilişkiyi geliştirir. Kadının onuruna saygı üzerine kurulan bir ilişkide doğumun kutsal bir olay olarak görülmesi sağlayabilir. Kant'ın ifade ettiği şekilde "Bir kişiye araç olarak değil amaç olarak davranın". İnsan onuru ilkesi, her insana bir araç olarak değil kendi başına bir amaç olarak davranılmasını gerektirir. Kadınlara kendi otonom kararlarını verebilecek şekilde davranmak saygılı doğum bakımı için bir temel sağlar (Byrom & Downe, 2021).

Eylem ve doğum bakımının saygı, haysiyet, gizlilik, bilgi alma ve bilgilendirilmiş onam, ayrımcılığa ve her türlü kötü muameleye maruz kalmama hakkı dahil olmak üzere temel insan haklarını kapsamaması gerekmektedir. Bir kadının özerkliği, duygusal sağlığı, seçimleri ve tercihleri (eylem ve doğum sırasında kendi seçeceği bir refakatçiye sahip olma hakkı da dahil) tanınmalı ve saygı duyulmalıdır. Kadına saygı gösterilmesi ve tanınması, aynı zamanda hakları olan, saygı ve tanınmayı gerektiren yenidoğana da fayda sağlamaktadır (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

Sağlık hizmetlerinde insan hakları, kadın ve sağlık profesyonelleri arasında, doğum eylemi esnasında, zarara karşı korunmayı sağlayabilecek, saygılı ve olumlu ilişkiyi teşvik etmektedir (Byrom & Downe, 2021). Sözleşme, her iki varlığın da onurunu destekleyen ve yücelten etik, yüksek kalitede, saygılı annelik bakımına yönelik bir çerçeve sağlanması kapsamında, iki varlığın, yani kadın ve yenidoğanın haklarını açıkça ifade etmektedir. Hem yenidoğan hem de kadın, saygı duyulması ve bağımsız olarak güvence altına alınması gereken haklara sahiptir. Kadınlara kendileri ve yenidoğan bebekleri adına özgürce karar verebilmeleri için ihtiyaç duydukları bilgi ve destek sağlanmalıdır. Yenidoğan bebek, bireysel bir insan olarak özerk haklara sahiptir, annenin veya başka bir bakıcının verdiği her kararın, yenidoğanın çıkarı göz önünde bulundurularak verilmesi gerekir. Sağlık sistemleri, insan yaşamının en temel ikilisinin tam olarak korunmasına dikkat etmeye, hem kadının hem de yenidoğanın sağlığını, güvenliğini ve onurunu sağlamak zorundadır (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

İnsan hakları antlaşmaları her kadının kötü muamele ve zarar görmemesi hakkını garanti altına almaktadır. Doğum bakımına da dahil edilen bu hak sağlık çalışanına, gebelere, insancıl sağlık hizmeti sunma zorunluluğunu getirmektedir. Kurumların ve çalışanların, gebelik ve doğum esnasında kadınlara saygılı ve şefkatli bakım ve tedavi vermesini sağlamaktadır (Byrom & Downe, 2021). Doğumda saygısızlık ve istismar kategorilerinin karşılık geldiği doğum yapan kadının sahip olması gereken hakları Tablo 2.1., doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum bakımı alırken kadınların sahip oldukları hakların dayandığı standartlar Tablo 2.2.'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.1.** Doğumda saygısızlık ve istismar kategorilerinin doğum yapan kadının sahip olması gereken hakları ile eşlenmesi (Byrom & Downe, 2021; Reis vd., 2012; White Ribbon Alliance, 2014)

<i>No</i>	<b>Kategori</b>	<b>Doğum yapan kadın hakları</b>
1	Fiziksel istismar	Zarar ve kötü muameleden uzak durmak
2	Onaylanmamış bakım	Seçim ve tercihlere saygı
3	Gizli olmayan bakım	Gizlilik hakkı
4	Onursuz Bakım	Onur hakkı
5	Ayrımcılık	Ayrımcılıktan korunma hakkı
6	Bakımın terk edilmesi	Bakıma eşit erişim
7	Tesislerde gözaltı	Özerklik, baskı kurulmadan kendi kararını verme hakkı

**Tablo 2.2.** Doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum bakımı alırken kadınların sahip oldukları hakların dayandığı standartlar (White Ribbon Alliance, 2014)

No	Madde	Uluslararası Standartlar	Çok Uluslu ve Ulusal Standartlar
1	Her kadının zarardan ve kötü muameleden korunma hakkı vardır	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi, 1994, Madde</li> <li>• Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), 1966, Madde 7</li> <li>• Uluslararası Anne Bebek Doğum Girişimi: İdeal Doğum Bakımına İnsan Hakları Yaklaşımı, 2010, Madde 9</li> <li>• Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu Cinsel ve Üreme Hakları Şartı, 1996, Madde 12</li> <li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1997, Madde 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avrupa Hasta Hakları Şartı, 2002, Madde 9</li> <li>• Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, 2007, Madde 15</li> </ul>
2	Her kadının bilgi edinme, bilgilendirilmiş rıza, ret hakkı ve doğum bakımı sırasında refakatçilik de dahil olmak üzere kendi seçim ve tercihlerine saygı gösterilmesi hakkı vardır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), 1966, Madde 7, 19</li> <li>• Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu Cinsel ve Üreme Hakları Şartı, 1996, Madde 6</li> <li>• Uluslararası Anne Bebek Doğum Girişimi: İdeal Doğum Bakımına İnsan Hakları Yaklaşımı, 2010, Madde 3, 4</li> <li>• Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisi'nin önlenebilir anne ölümleri ve hastalıkları ile insan haklarına ilişkin Raporu, 2010</li> <li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1997, Madde 6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Üreme Hakkı Olarak Doğum Hakkı, NAPW, 2010</li> <li>• Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, 2000, Madde 3.2, 7</li> <li>• Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsan Onurunun Korunmasına İlişkin Sözleşme: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1997, Madde 5</li> <li>• Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994, Madde 1.5, 2, 3, 4.6, 5</li> <li>• Avrupa Hasta Hakları Şartı, 2002, Madde 3, 4, 5, 12</li> <li>• Ley de Acompañamiento sırasında el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto de Puerto Rico, 2006, Madde 3e, 3f</li> <li>• Ley de Parto Humanizado — Ley Nacional No. 25.929 de Arjantin, 2004, Madde 2f, 2g</li> <li>• Çocuk Doğuran Kadınların Hakları 1999, 2006, Madde 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 16, 19</li> </ul>

**Tablo 2.2.** Doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum bakımı alırken kadınların sahip oldukları hakların dayandığı standartlar (White Ribbon Alliance, 2014) (Devam)

3	Her kadının mahremiyet ve gizlilik hakkı vardır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), 1966, Madde 17</li> <li>• Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu Cinsel ve Üreme Hakları Şartı, 1996, Madde 4</li> <li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1997, Madde 9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994, Madde 1.4, 4</li> <li>• Avrupa Hasta Hakları Şartı, 2002, Madde 6</li> <li>• Çocuk Doğuran Kadınların Hakları, 1999, 2006, Madde 7</li> </ul>
4	Her kadının onurlu ve saygılı davranılma hakkı vardır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), 1966, Madde 2</li> <li>• Uluslararası Anne Bebek Doğum Girişimi: İdeal Doğum Bakımına İnsan Hakları Yaklaşımı, Madde 1</li> <li>• Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisi'nin önlenebilir anne ölümleri ve hastalıkları ile insan haklarına ilişkin Raporu, 2010</li> <li>• Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin 1995</li> <li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1997, Madde 8, 10, 11</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Üreme Hakkı Olarak Doğum Hakkı, NAPW, 2010</li> <li>• Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, 2000, Madde 1, 3, 7</li> <li>• Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsan Onurunun Korunmasına İlişkin Sözleşme: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1997, Madde 1</li> <li>• Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994, Madde 1.1, 1.4, 1.5</li> <li>• Avrupa Hasta Hakları Şartı, 2002, Madde7</li> </ul>

**Tablo 2.2.** Doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum bakımı alırken kadınların sahip oldukları hakların dayandığı standartlar (White Ribbon Alliance, 2014) (Devam)

5	Her kadının eşitlik, ayrımcılığa maruz kalmama ve adil bakım hakkı vardır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), 1979, Madde 1</li> <li>• Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ICESCR), 1976, Madde 2</li> <li>• Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), 1966, Madde 26</li> <li>• Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu Cinsel ve Üreme Hakları Şartı, 1996, Madde 3</li> <li>• Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisi'nin önlenebilir anne ölümleri ve hastalıkları ile insan haklarına ilişkin Raporu, 2010</li> <li>• Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin 1995, Madde 28</li> <li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1997, Madde 10, 11</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, 2000, Madde 21, 23</li> <li>• Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994, Madde 5.</li> </ul>
6	Her kadının sağlık hizmetine ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşma hakkı vardır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alma Ata Bildirgesi, Uluslararası Temel Bakım Konferansı, 1978, Önsöz, Madde 4, 6</li> <li>• Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu'nun Cinsel ve Üreme Hakları bölümü. 1996, Madde 9</li> <li>• Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisi'nin önlenebilir anne ölümleri ve hastalıkları ile insan haklarına ilişkin raporu, 2010</li> <li>• Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin 1995</li> <li>• İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948, Madde 25</li> <li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1997, Madde 14.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avrupa Birliği Temel Haklar Sözleşmesi, 2000, Madde 35</li> <li>• Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2008, Madde 45.V</li> <li>• Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsan Onurunun Korunmasına İlişkin Sözleşme: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1997, Madde 3</li> <li>• Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994, Madde 5</li> <li>• Çocuk Doğuran Kadınların Hakları, 1999, 2006, Madde 1</li> </ul>

**Tablo 2.2.** Doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum bakımı alırken kadınların sahip oldukları hakların dayandığı standartlar (White Ribbon Alliance, 2014)(Devam)

7	Her kadının özgürlük, özerklik, kendi kaderini tayin etme ve baskıdan korunma hakkı vardır.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi, 1994, Madde 1</li><li>• Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ICESCR), 1976, Madde 1</li><li>• Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu Cinsel ve Üreme Hakları Sözleşmesi, 1996, Madde 2</li><li>• Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), 1966, Madde 9.1, 18.2</li><li>• Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Madde 5</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, 2000, Madde 6</li><li>• Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994, Madde 1.2</li></ul>
---	---	---	--



### **2.3. Ebe ve Doktorların Saygılı Annelik Bakımında Sorumlulukları (Mesleki Etik)**

Sağlık profesyonellerinin her uygulamasının yapıtaşı; etikdir. Etik; meslek kolları üyelerinin uyması ya da kaçınması gereken davranışlardır. Mesleğin varlığını koruması, sürdürülebilmesi, gelişebilmesi, itibarını koruması için etiğine sahip olması zorunluluktur (Köken Durgun vd., 2018).

Etik kurallar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının mesleki değerlerini kamuoyuna duyurmakla birlikte, mesleki eğitim ve uygulamanın merkezinde yer alan değerleri belirtmektedir. Her sağlık hizmeti sağlayıcısının yetiştirilme tarzından, kültüründen, dini ve politik inançlarından, eğitiminden ve yaşam deneyimlerinden etkilenen kişisel bir değer sistemi bulunmaktadır. Etik karar verme, diğer bireylerin değerlerinin kendisinininkine kadar önemli olduğunu ifade etmektedir (WHO, 2017).

Sağlık hizmet sağlayıcısının tıbbi uygulamalar açısından önemli olan etik ilkeleri şunları içerir (WHO, 2017):

- Tıbbi bakım sunarken "iyilik" yapmak ve "kasıtlı zarar vermekten kaçınmak".
- Hastanın geçmişine veya etnik kökenine bakılmaksızın tüm bireylere eşit ve eşitlikçi bir şekilde davranmak. Yalnızca tıbbi durumun ciddiyetine göre sağlanan bakımın miktarı farklılık gösterebilir (örn. kritik ihtiyacı olan hastalara daha yoğun bakım sağlanması).
- Hastalar özgür ve özerktir. Kendilerine durumları ve sahip oldukları tıbbi seçenekler hakkında tam bilgi verildikten sonra tıbbi bir prosedüre katılmayı veya vazgeçmeyi seçebilirler.

Doğum eyleminde kadına aktif bakım veren sağlık hizmetleri profesyonelleri ebeler ve doktorlardır. Doğum bakımı çalışanlarının ne tür niteliklere sahip olacaklarını tespit etmek önemlidir. İşini doğru şekilde yapmak için uygun bilgi ve becerilere sahip profesyoneller olmak elbette başlıca özelliklerdir. Gebenin doğum deneyiminde ona eşlik edecek ebenin düşünceli ve nazik olması gerekir. Hatta ebe, bazen etrafındaki meslektaşlarının baskısına rağmen nezaketli ve özenli olmaya devam etmelidir (Byrom & Downe, 2021). Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM)'nin ebelik mesleğine ait belirlemiş olduğu etik kodlar Tablo 2.3.'de belirtilmiştir (International Confederation of Midwives, 2008).

**Tablo 2.3.** ICM ebelik etik kodları (International Confederation of Midwives, 2008)

<b>EBELİK İLİŞKİLERİ</b>	<p>A. Ebeler, gelişen bir bakım planına rıza gösterebilecek ve seçimlerinin sonuçlarının sorumluluğunu kabul edebilecek, bilinçli karar vermeye yol açabilecek bilgileri paylaştıkları bireysel kadınlarla bir birliktelik geliştirir.</p> <p>B. Ebeler, kadınların/ailelerin kendi bakımlarıyla ilgili kararlara aktif olarak katılma haklarını destekler.</p> <p>C. Ebeler, kadınları/aileleri, kendi kültürleri/toplumları içinde sağlıklarını etkileyen konularda kendi adlarına konuşma konusunda güçlendirir.</p> <p>D. Ebeler, kadınlarla birlikte, kadınların sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarını tanımlamak, kaynakların öncelikler ve uygunluklar dikkate alınarak adil bir şekilde tahsis edilmesini sağlamak için politika ve finansman kuruluşlarıyla birlikte çalışır.</p> <p>E. Ebeler profesyonel rollerinde birbirlerini destekler ve sürdürür, kendilerinin ve başkalarının öz değer duygusunu aktif olarak beslerler.</p> <p>F. Ebeler diğer sağlık profesyonelleriyle saygılı bir şekilde çalışır, kadının bakım ihtiyacının ebenin yetkinliğini aştığı durumlarda gerektiğinde danışmanlık yapar ve yönlendirir.</p> <p>G. Ebeler, kendi uygulama alanlarında insanların karşılıklı bağımlılığının bilincindedir ve aktif olarak doğasında olan çatışmaları çözmeye çalışırlar.</p> <p>H. Ebelerin ahlaki değere sahip kişiler olarak kendilerine karşı sorumlulukları vardır; bunlara ahlaki öz saygı ve bütünlüğün korunması görevleri de dahildir.</p>
<b>EBELİK UYGULAMASI</b>	<p>A. Ebeler, kadınlara ve çocuk doğuran ailelere kültürel çeşitliliğe saygı göstererek bakım sağlarken aynı zamanda aynı kültürlerdeki zararlı uygulamaları ortadan kaldırmak için de çalışırlar.</p> <p>B. Ebeler, hiçbir kadın veya kız çocuğunun gebe kalma veya çocuk doğurma nedeniyle zarar görmemesi yönündeki beklentinin gerçekleşmesinde görevlidir.</p> <p>C. Ebeler, tüm ortamlarda ve kültürlerde güvenli ebelik uygulamalarında yetkinliği sürdürmek için güncel, kanıta dayalı mesleki bilgileri kullanır.</p> <p>D. Ebeler, koşulları ne olursa olsun (ayrımcılık yapmama) sağlık hizmeti almak isteyen kadınların psikolojik, fiziksel, duygusal ve manevi ihtiyaçlarına yanıt verir.</p> <p>E. Ebeler, yaşam döngüleri boyunca kadınlar, aileler ve diğer sağlık profesyonelleri için sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde etkili rol modelleri olarak hareket ederler.</p> <p>F. Ebeler, ebelik kariyerleri boyunca aktif olarak kişisel, entelektüel ve mesleki gelişim yönünden kendilerini geliştirirler ve bu gelişmeyi uygulamalarına entegre ederler.</p>
<b>EBELERİN MESLEKİ SORUMLULUKLARI</b>	<p>A. Ebeler, mahremiyet hakkını korumak amacıyla danışan bilgilerini gizli tutar ve kanunen zorunlu kılınmadığı sürece bu bilgileri paylaşırken kendi takdirini kullanır.</p> <p>B. Ebeler, kadınların bakımıyla ilgili kararlardan, eylemlerinden ve bunların sonuçlardan sorumludur.</p> <p>C. Ebeler, ahlaki açıdan karşıt oldukları faaliyetlere katılmamaya karar verebilirler; ancak bireysel vicdan davranışları, kadınları temel sağlık hizmetlerinden mahrum bırakmamalıdır.</p> <p>D. Belirli bir hizmet talebini vicdani olarak ret eden ebeler, kadını bu hizmetin verilebileceği başka bir sağlayıcıya yönlendirmelidir.</p> <p>E. Ebeler, etik ve insan hakları ihlallerinin kadın ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarını anlar ve bu ihlalleri ortadan kaldırmak için çalışır.</p> <p>F. Ebeler, tüm kadınların ve çocuk doğuran ailelerin sağlığını geliştiren sağlık politikalarının geliştirilmesine ve uygulanmasına katılır.</p>
<b>EBELİK BİLGİ VE UYGULAMASI</b>	<p>A. Ebeler, ebelik bilgisinin ilerlemesinin kadının birey olarak haklarını koruyan faaliyetlere dayalı olmasını sağlar.</p> <p>B. Ebeler, ebelik bilgilerini akran değerlendirmesi ve araştırma gibi çeşitli süreçler yoluyla geliştirir ve paylaşır.</p> <p>C. Ebeler, ebelik öğrencilerinin örgün eğitime ve ebelerin sürekli eğitimine katkıda bulunur.</p>

Ebelik rollerinden beklentilerin gerçekleşmesi için, ebelerin şefkatli bakım sağlayabilecekleri, kadınlar ile manevi ilişki kurabilecekleri, yeterli zaman ve rahat, güzel çalışabilecekleri fiziksel ortamların oluşturulması, hedefe ulaşmada büyük bir potansiyel oluşturabilir (Byrom & Downe, 2021).

Karşılıklı saygı, nezaket ve şefkatin, verimliliği, çalışanların moralini, deneyimlerini artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Byrom & Downe, 2021). Amerikan Tabipler Birliği tarafından benimsenen Tıp Etiği İlkeleri yasa değil, hekim için onurlu davranışın esaslarını tanımlayan davranış standartlarıdır (AMA Principles of Medical Ethics, 2001). Bunlar;

1. Hekim, insan onuru ve haklarına şefkat ve saygı göstererek, yetkin tıbbi bakım sağlamaya kendini adanmıştır.
2. Hekim, profesyonellik standartlarını korumalı, tüm mesleki etkileşimlerde dürüst olmalı, karakter veya yeterlilik açısından yetersiz olan, dolandırıcılık veya aldatmaya karışan hekimleri uygun kurumlara bildirmeye çalışmalıdır.
3. Hekim yasalara saygı göstermeli ve aynı zamanda hastanın çıkarlarına aykırı olan durumlarda değişiklik yapma sorumluluğunu almalıdır.
4. Hekim, hastaların, meslektaşlarının ve diğer sağlık çalışanlarının haklarına saygı göstermeli, yasanın sınırlamaları dahilinde hastanın güvenini ve mahremiyetini korumalıdır.
5. Hekim bilimsel bilgiyi araştırmaya, uygulamaya ve geliştirmeye devam edecek, tıp eğitimine olan bağlılığını sürdürecektir, ilgili bilgileri hastalara, meslektaşlarına ve kamuoyuna sunacak, konsültasyon alacak ve gerektiğinde diğer sağlık profesyonellerinin yeteneklerini kullanacaktır.
6. Hekim, acil durumlar dışında, uygun hasta bakımının sağlanmasında kime hizmet vereceğini, kiminle birlikte çalışacağını ve tıbbi bakımın sağlanacağı ortamı seçmekte özgür olacaktır.
7. Hekim, toplumun gelişmesine ve halk sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunan faaliyetlere katılma sorumluluğunu kabul etmelidir.
8. Hekim, hastasının bakımını yaparken hastaya karşı sorumluluğu en üst düzeyde tutmalıdır.
9. Bir hekim tüm insanların tıbbi bakıma erişimini desteklemelidir.

#### **2.4. Doğum Sırasında Temel Bakımın Kalitesi**

Beşinci Binyıl Kalkınma Hedefi (BKH 5: Anne Sağlığının İyileştirilmesi), özellikle doğum sırasında tüm kadınlar için, annelik bakımını ve hayatta kalmayı iyileştirmeye yönelik, dikkatin ve eylemlerin hayata geçirilmesini sağlamış olsa da temel göstergelerden biri olan “vasıflı doğuma katılımın” artırılması konusunda ilerleme istenilen düzeyde olmamaktadır. Bu durum, kısmen ekonomik ve coğrafi

engellerin yanı sıra kültürel ve kişilerarası sorunları da içeren, nitelikli doğuma katılımın önündeki engellerdir (Bowser & Hill, 2010).

Güvenli annelik kavramı, maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesinin ötesine geçerek kadınların temel insan haklarına saygıyı da kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Bu, doğum bakımı sırasında refakatçi desteği de dahil olmak üzere kadınların özerkliğine, onuruna, duygularına, seçimlerine ve tercihlerine saygıyı içermelidir. Doğum sırasında bakım verenler ile karşılaşma, bilinçli karar almayı mümkün kılmak için şefkatli bir tutum, empati, destek, güven, sorumluluk ve bilgilendirmenin yanı sıra nazik, saygılı ve etkili bir iletişim ile karakterize edilmelidir (WHO, 2017). Kibar ve dikkatli bir doktor veya bir ebe ile anne arasındaki işbirliği, kadının kendini saygı duyulan ve aktif bir birey olarak hissetmesi açısından önemlidir (Byrom & Downe, 2021). Kadınların bakım verenler ile yaşadığı deneyimler, onları güçlendirebilir, rahatlatılabilir veya tam tersi, kalıcı hasara, duygusal travmaya neden olarak kadınların özgüvenini azaltabilmektedir (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

Afgan doğum hastanelerinde, 2014 yılında kadınların aldığı bakımın kalitesini etkileyen insan unsurları ve bağlamsal faktörler üzerine niteliksel bir araştırmanın vurgulanan ana bulguları şu şekildedir (WHO, 2017):

- Doğum bakımı hizmeti arayan kadınlar için nezaket ve iyi davranış, mesleki beceri ve bilgiden daha önemlidir.
- Mesleki derslerden önce sağlık hizmeti sunucuları etik konusunu öğrenmelidir.
- Kadınlar sözlü ve fiziksel olarak ihmal ve istismar edilmektedir.
- Doğum hastane koridorlarında, refakatçisiz gerçekleşmektedir.
- Pek çok kadın ve bebek doğum sonrası gözlem yapılmadan taburcu edilmektedir.
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları ayrıca yüksek hasta sayısının, uzun çalışma saatlerinin ve vardiya sistemlerinin eksikliğinin kaliteli hizmet sunumunu etkilediğini bildirmektedir.

#### **2.4.1. Doğum anında bakım için önerilen müdahaleler**

Nezaket, insanların birbirleriyle etkileşimde bulunurken sergilediği kibar ve medeni tavır ve davranışları ifade eder. Nezaketin kullanımı genellikle kişinin kendisine ve diğer bireye saygı duyduğunu ifade eder. Profesyonel bir ortamda

nezaket, mesleki uygulamaya ilişkin etik davranış kuralları veya bir mesleğin üyeleri ve danışanları arasındaki etkileşimler ile ilgili olabilir. Doğum bakımı hizmetleri sırasında nezaket şunları içerebilir (WHO, 2017):

- Hasta/danışana ve varsa refakatçiye kendini tanıtmak,
- Refakatçisinin orada bulunmasına ilişkin hasta/danışanın rızasını almak,
- Hasta/danışanı ve refakatçiyi muayene sırasında soru sormaya teşvik etmek,
- Sorulara çabukluk, nezaket, doğrulukla ve hasta/danışan/refakatçiyi memnun edecek şekilde yanıt vermek,
- Prosedürleri, gelişmeleri, tanıları, bulguları/sonuçları ve seçenekleri hastanın/danışanın/refakatçinin anlayabileceği basit ve uygun bir dil/kelimelerle açıklamak veya bu konuda yardımcı olabilecek birini bulmak.
- Doğum eylemi ve doğum boyunca neler yapıldığını, neler bekleneceğini açıklamak, doğumun durumu ve ilerlemesi hakkında periyodik bilgi vermek.
- Doğum sırasında gebenin hareket etmesini/dolaşmasını teşvik etmek/izin vermek.
- Gebeye tercih ettiği doğum pozisyonunu sormak ve izin vermek.
- Komplikasyon tedavisinin nedenini açıklamak (sezaryen, epizyotomi vb.).
- Herhangi bir prosedür (örn. tüp ligasyonu, histerektomi, sezaryen vb.) öncesinde hastanın bilgilendirilmiş onamını veya iznini almak.

Doğum yapan kadın ve ebe arasındaki ilişki, kadının doğum ağrısına yönelik algısını değiştirebilmektedir (Kömürcü, 2014). Ebelerine güvenen gebelerin daha kolay sakinleştiği ve kendilerine yeniden güvenebildikleri görülmüştür. Diğer bir taraftan güvene dayalı ilişki bulunduğu, bazı işler yolunda gitmese veya hata yapılsa da hastaların daha toleranslı olduğu, şikayet etme olasılıklarının daha az olduğu çalışmalar ile bildirilmiştir (Byrom & Downe, 2021). Doğum esnasında kadına verilen sürekli ebelik bakım desteğinin, analjezi ihtiyacını azalttığı, doğum deneyimini iyileştirdiği ve doğumun süresini azalttığı bildirilmektedir (Kömürcü, 2014).

#### **2.4.2. Doğum anında kullanılması önerilmeyen müdahaleler**

İyi ilerleyen bir doğumun düşmanı korkudur. Genel anlamda bir canlı organizma korktuğunda veya sinirlendiğinde kan dolaşımında katekolaminler artış yapar (Gaskin, 2018). Katekolaminler beta ve alfa reseptörlerini uyarır, bu durum kan damarları ve uterus kaslarını etkiler. Alfa reseptörlerinin uyarılması, uterus kan

damarlarının daralmasına yol açarak, kas tonusunu artırmaktadır. Bu durum sonucunda uterusu giden kan akışı azalacak ve gebenin kan basıncı yükselecektir. Beta reseptörleri uyarıldığında ise; uterus kasları gevşeyecek, vazodilatasyon yaşanacaktır. Vazodilatasyon sonucu uterus damarlarında kanın birikmesine ve perfüzyon için gerekli kan miktarının azalmasına neden olmaktadır (Kömürücü, 2014). Gebe stresli ve/veya korkuyorsa, doğumun başlaması gecikebilir veya doğumun aktif fazı uzayabilir. Bu durum önceki travmatik anılar veya daha önce duyduğu doğumla ilgili korkutucu hikayelerden kaynaklanabilir (Byrom & Downe, 2021).

Doğum sırasında kadının ırkına, etnik kökenine, yaşına, diline, HIV/AIDS durumuna, geleneksel inanç ve tercihlerine, ekonomik durumuna ve eğitim düzeyine dayalı ayrımcılığın pek çok örneği vardır (Bowser & Hill, 2010). Kötü muamele hem düşük hem de yüksek gelirli ortamlarda, şartlara bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Dünya çapında toplumlarda, saygısızlık ve istismar bireyler tarafından sürekli deneyimlenmekte ve normalleşmekte, şiddet ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir tezahürü olarak devam etmektedir (White Ribbon Alliance, 2018). Niyeti nezaket ve şefkat bile olsa aşırı kuralcı ve kontrollü davranan kişiler savunmacı davranmaya zorlandığı bir kültürü beslediğine inanılmaktadır. Epidural analjezi ve ekzojen oksitosin uygulaması doğum sürecine müdahale etmektedir. Özellikle endojen oksitosin salınımı etkilendiğinde, bu durum travay sorunlarına çözüm yerine sorunun kendisi haline gelebilmektedir (Byrom & Downe, 2021).

## **2.5. Saygılı Annelik Bakımı**

Saygılı annelik bakımı, bireyi merkeze alan, etik ilkelere ve insan haklarına saygıya dayanan, kadınların tercihlerini, kadınların ve yenidoğanların ihtiyaçlarını gözeten uygulamaları teşvik eden bir yaklaşımdır (Reis vd., 2012).

Saygılı annelik bakımına ilişkin yolculuk, 1940'ların sonlarında, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile başlamıştır (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011). Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da 1970 yılının erken dönemlerinde doula, ebe, doğum yapan kadın, birkaç nadir doktor ve hemşire saygılı bakımın gerekliliği kabul etmiş ve doğumun insancılaştırılması hareketini başlatmıştır (Reis vd., 2012). Birleşmiş Milletlerin 1990 yılında "Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi"ni yayınlaması (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011) ve 2000'li yılların sonlarında, Güney Amerika'da, kadına yönelik

şiddet konularının ele alınması ile birlikte obstetrik şiddetten bahsedilmeye başlanmış, doğumun insancillaştırılması hareketi ile örtüşen ve giderek daha hızlanan şekilde saygılı annelik bakımı (Respectful Maternity Care-RMC) ön plana çıkmıştır (Reis vd., 2012).

Bowser ve Hill 2010 yılında; doğumda saygısızlık ve istismarın tanımlanmasına ilişkin kanıtların kapsamlı incelemesi sonucunda; doğumda saygısızlık ve istismarın yedi kategorisini belirlemiştir. Bunlar; fiziksel istismar, rızasız bakım, gizli olmayan bakım, onursuz bakım, belirli hasta özelliklerine dayalı ayrımcılık, bakımın terk edilmesi ve tesislerde gözetimdir (Bowser & Hill, 2010). Daha sonra 2011 yılında kökleri uluslararası insan haklarına dayanan Beyaz Kurdele İttifakı (White Ribbon Alliance-WRA), SAB'ın net standartlarını teşvik etmek ve küresel bir kampanya başlatmak için çok sektörlü grubu bir araya getirmiştir. Bu topluluğunun üyeleri hep birlikte, temel insan haklarının, annelik bakımı bağlamında nasıl uygulandığını gösteren, çığır açan, fikir birliği belgesi olan Saygılı Annelik Bakımı Sözleşmesi: Çocuk Doğuran Kadınların Evrensel Hakları'nı (bundan sonra SAB Sözleşmesi olarak anılacaktır) üretmiştir (White Ribbon Alliance, 2016).

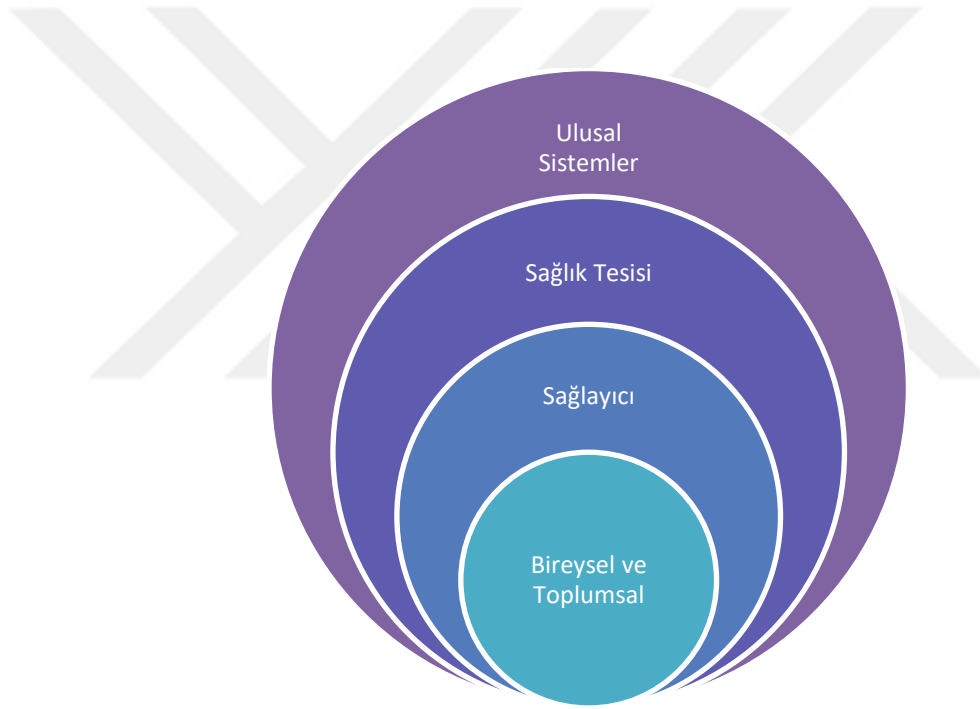
İlk kurulan topluluk aynı zamanda Küresel Saygılı Annelik Bakımı Konseyi'ni (Global Respectful Maternity Care Council-GRMCC) oluşturmuştur. GRMCC, araştırmacılar, klinisyenler, teknik danışmanlar, program yöneticileri, savunucular, profesyonel birlikler, Birleşmiş Milletler kurumları ve bağışçılar dahil olmak üzere dünyanın dört bir yanından 340'tan fazla üyeyi temsil eden 100 kuruluştan oluşan, büyüyen, çok sektörlü bir gruptur. GRMCC'nin iki aktif alt komitesi vardır; biri savunuculuğa ayrılmış, diğeri ise araştırma ve uygulamaya odaklanmıştır. Bu alt komite saygılı doğum bakımını teşvik etmek, doğum sırasında saygısızlık ve istismar sorununu iyileştirmek için stratejiler belirlemeye, uygulamaya ve savunmaya adanmıştır (White Ribbon Alliance, 2018).

Saygılı doğum bakımı bir kadının hakkıdır, bir lüks değildir. Kadınların sadece yaratılışlarından memnun olmalarını değil, aynı zamanda olumlu bir doğum deneyimine sahip olmalarını sağlamak, onların hayatta kalmalarını ve gelişmelerini sağlamanın katalizörü olabilmektedir (WHO, 2017). Kadınlar, kötü muamele nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaktan kaçınabilmekte ve Binyıl Kalkınma Hedefi 5'in (anne sağlığının iyileştirilmesi) gerçekleştirilme süreci uzayabilmektedir

(Reis vd., 2012). Aynı zamanda doğum sırasında kötü muamelenin olmaması, doğum yapan kadınlara saygılı ve onurlu bakımı garanti etmemektedir (WHO, 2017).

### 2.5.1 Eylem ve doğum sırasında saygılı annelik bakımında risk faktörleri ve saygılı annelik bakımının önemi

Saygılı annelik bakımının sağlanmasını etkileyen kişisel ve sistem düzeyindeki faktörler arasında dinamik ilişkiyi gösteren eş merkezli dairelerden oluşan ekolojik model Şekil 2.1.'de gösterilmektedir. Bu modelde yer alan risk faktörlerinden her biri kendi içinde karmaşıktır ve aynı zamanda kendisini çevreleyen sistemlerden de etkilenir (Ratcliffe vd., 2013). Bu risk faktörlerin alt kategorileri de Tablo 2.4.'de gösterilmektedir (Bowser & Hill, 2010; Ratcliffe vd., 2013).



**Şekil 2.1.** Saygılı Doğum Bakımının sağlanmasını etkileyen risk faktörlerini gösteren ekolojik model (Ratcliffe vd., 2013)

**Tablo 2.4.** Saygılı Doğum Bakımını etkileyen risk faktörlerinin alt kategorileri (Bowser & Hill, 2010; Ratcliffe vd., 2013)

Risk Faktörleri	Alt Kategoriler
<b>Bireysel ve Toplumsal</b>	Doğum sırasında saygısızlık ve istismarın normalleştirilmesi
	Toplumsal katılım ve gözetim eksikliği
	Mali engeller
	Özerklik ve yetki eksikliği



**Tablo 2.5.** Saygılı Doğum Bakımını etkileyen risk faktörlerinin alt kategorileri (Bowser & Hill, 2010; Ratcliffe vd., 2013) (devam ediyor)

Risk Faktörleri	Alt Kategoriler
Sağlayıcı	Sağlayıcı önyargısı
	Eğitim sonucunda sağlayıcının uzaklaşması
	Hizmet sağlayıcıların moral bozukluğu
	Sağlayıcının statüsü ve saygı görmemesi
Sağlık tesisi	Standartların eksikliği
	Saygılı doğum bakımı konusunda liderlik ve denetim eksikliği
	Hesap verebilirlik mekanizmalarının eksikliği
	Yetersiz altyapı, malzeme ve insan kaynakları
Ulusal Sistemler	Ulusal yasa ve politikaların bulunmaması veya uygulanmaması
	Yasal telafi mekanizmalarının eksikliği
	Saygılı doğum bakımı konusunda liderlik ve yönetim eksikliği
	Profesyonel dernek kuralları

Ekolojik model müdahaleler için potansiyel hedef olan dört düzeyin olduğunu gösterirken, hiçbir düzeyin tek başına mevcut olmadığını ve herhangi bir ortam için uygun müdahaleleri seçerken tüm bağlamın dikkate alınması gerektiğinin altını çizmektedir (Ratcliffe vd., 2013).

Anne sağlığı, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki sağlığını ifade etmektedir. Annelik çoğu zaman olumlu ve tatmin edici bir deneyim olsa da, pek çok kadın bunu acı, sağlıksız ve hatta ölümlle ilişkilendirmektedir. Anne ve yenidoğan bakımının entegre hizmet sunumu olarak birlikte değerlendirilmesi gerekir ve bu nedenle anne sağlığına ilişkin tüm ifadeler yenidoğanı da kapsamaktadır (WHO, 2017). Cinsiyete duyarlı, saygılı bakım ve tedavi, sağlık sonuçlarını iyileştirmekte ve aşağıdaki olumlu etkileri sağlamaktadır (WHO, 2017):

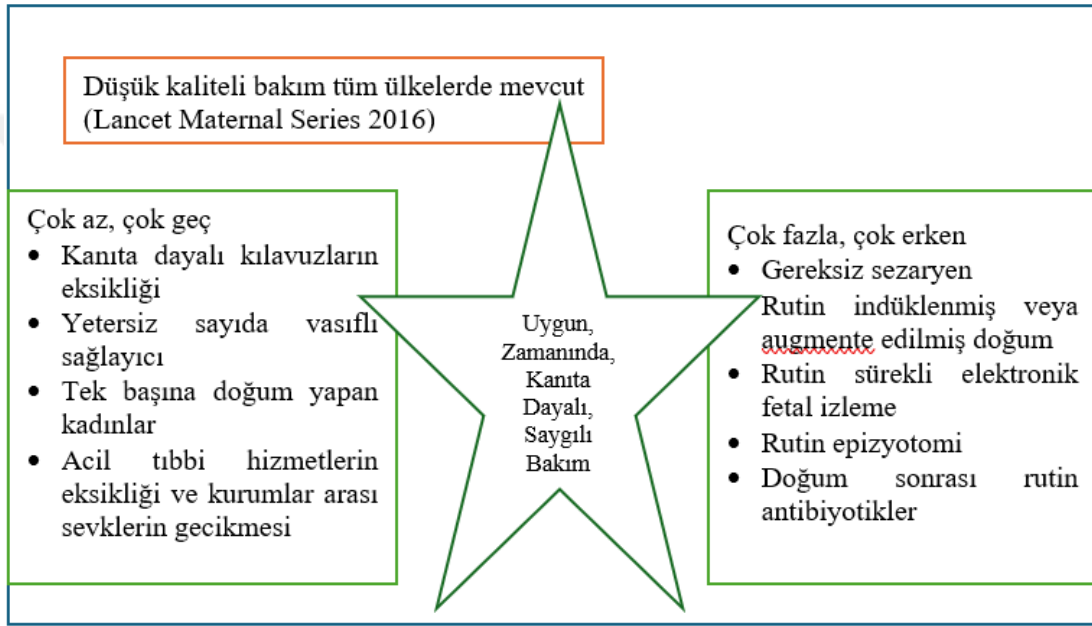
- Bakım kalitesi ve hasta güvenliği
- Bakım ihtiyacı olanların sağlık profesyonellerine danışma ve sağlık tesislerini kullanma tercihi
- Hasta/danışan memnuniyeti ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının itibarı

Saygıyı hisseden kadınlar daha az endişeli ve doğuma daha fazla katılımcı olacaktır (Byrom & Downe, 2021). Her ne kadar daha fazla kadın sağlık tesisi bazlı ve doğumda vasıflı bakıma erişiyor olsa da, Lancet Maternal Series 2016'de belirtildiği gibi bu bakımın kalitesi karışıktır. Hizmetleri kullanan kadınların bazıları mükemmel

bakım almaktadır ancak çok sayıda kadın aşağıdaki iki uç durumdan birini yaşamaktadır:

- Kadınların çok az, çok geç, zamanında olmayan veya yetersiz bakım alması.
- Kadınların çok fazla, çok erken, aşırı tıbbileştirme ve gereksiz müdahalelerin aşırı kullanımı.

Her iki uç nokta da kanıtlara dayanmayan anne sağlığı hizmetlerini temsil etmektedir. Özellikle de daha yoksul ve/veya korunmasız olan diğer kadınlar hiçbir bakım almamaktadır (Şekil 2.2.)(WHO, 2017).



Şekil 2.2. Düşük kaliteli bakım uygulamaları (WHO, 2017)

## 2.6. Saygılı Annelik Bakımının Teşvik Edilmesine İlişkin Ana Stratejiler veya Müdahaleler

SAB'nı teşvik etmeye yönelik bir dizi strateji ve müdahale rapor edilmiştir. Bunlar; savunuculuk, hukuki yaklaşımlar, sağlık tesisine odaklanan müdahaleler (yönetim, altyapı, klinik uygulamalar ve kişilerarası iletişim), eğitim ve öğretim programları, topluluk ve araştırma, izleme ve değerlendirmedir (Reis vd., 2012). Örneğin; Hollanda'daki ana strateji, ebelerin diğer bakım sağlayıcılarla iş birliği içinde güçlü şekilde örgütlenmesidir. Sonuç olarak; bilgi ve eğitime büyük yatırım yapılmış, birbirine saygı duyulmakta ve ebeler iyi maaş almaktadır (Reis vd., 2012).

### 2.6.1. Saygılı annelik bakımına yönelik müdahale türleri

Doğumda saygısızlık ve istismarın kadınların insan haklarını ihlal ettiği ve küresel anne ölümlerini azaltma hedefini olumsuz etkilediğine dair kanıtlara rağmen hangi müdahalelerin saygılı annelik bakımını ve daha iyi bakımın getirdiği sağlık sonuçlarını başarılı şekilde artırdığına dair çok az kanıt bulunmaktadır. Saygılı doğum bakımını etkileyen risk faktörlerine (Şekil 2.1.) yönelik müdahaleler bulunmaktadır (Tablo 2.5.). Risk faktörlerinin ekolojik bir modelle gösterilmesinin nedeni tüm faktörlerin ve alt kategorilerinin birbiri ile ilişkili olduğunu ve her birinin saygılı doğum bakımını sağlamak için bir araya geldiğini göstermek içindir. İdeal olan hiçbir müdahalenin tek başına kullanılmamasıdır. Bunun yerine çeşitli risk faktörlerine yönelik müdahalelerin birleştirilerek kullanılması değişim şansını artıracaktır (Ratcliffe vd., 2013).

**Tablo 2.6.** Risk faktörleri ve alt kategorilere yönelik müdahaleler (Ratcliffe vd., 2013; White Ribbon Alliance, 2016)

Risk Faktörü	Müdahale	Açıklama
Bireysel ve Toplumsal	Topluluk izleme grupları	Bu tür komitelerin temel işlevleri tesis ile toplum arasında bir köprü oluşturmak, toplumun endişelerini sağlık tesislerine iletmek, sağlık tesisinden topluma eğitim mesajı iletmek ve yerel bir izleme planı geliştirmektir.
	Topluluk Değerlerinin Açıklanması	Doğum değerlerinin açıklığa kavuşturulması, toplulukları saygılı annelik bakımının kendileri için ne anlama geldiği konusunda düşünmeye teşvik ederek ve onları bu değerlerin kendi yerel sağlık tesislerinde somutlaştırılmasını ve bunlara göre hareket edilmesini sağlamak için harekete geçme konusunda güçlendirerek saygılı annelik bakımını teşvik etme potansiyeline sahiptir.
	Diğer hasta geri bildirim mekanizmaları	Topluluk üyelerinin endişelerini dile getirmeleri ve kendilerine hizmet etmek üzere tasarlanan sağlık programları hakkında geri bildirimde bulunmaları için fırsatların mevcut olmasını sağlamak, önemli sorunların belirlenmesi, ele alınması ve eylem planlarının geliştirilmesi için temel oluşturur.
	Açık Doğum Günleri	Kadınların doğum yapacakları tesisi tanımaları, doğum ve doğum sırasında neler beklemeleri gerektiğini ve hak ettikleri bakımın kalitesini öğrenmeleri için bir mekanizma olarak önerilmiştir.
	Doğum Müdahalelerinin İnsancillaştırılması: Doğum Refakatçisi/Savunucusu, Doğum Pozisyonunu Seçme ve Doğum Sırasında Hareket Etme	Doğumun İnsancillaştırılması hareketi, kadınları tüm bakım ve karar alma süreçlerinin merkezine koymayı amaçlamaktadır. Bu hedefi hayata geçirmek için hareket, kadınların doğum arkadaşını seçmesine izin vermek, kadınların doğum pozisyonunu seçmesine izin vermek ve kadınlara doğum sırasında hareket etme özgürlüğü vermek de dahil olmak üzere çeşitli müdahaleler desteklenmektedir.

**Tablo 2.5.** Risk faktörleri ve alt kategorilere yönelik müdahaleler (Ratcliffe vd., 2013; White Ribbon Alliance, 2016) (devam ediyor)

Risk Faktörü	Müdahale	Açıklama
Sağlayıcı	Hasta Odaklı, Hizmet Sağlayıcısı Açısından Verimli Hizmetler	Hasta odaklı, hizmet sağlayıcı açısından verimli hizmetler iki varsayıma dayanmaktadır; bakımı alan kişilerin yüksek kalitede sağlık hizmeti alma hakkına sahip, özerk müşteriler olduğu ve sağlık personelinin işlerini iyi bir şekilde yerine getirmek istediğidir. Hasta odaklı, hizmet sağlayıcı açısından verimli hizmetler çerçevesi, saygılı bakım ilkelerinin çoğunu bünyesinde barındırır ve yedi danışan hakkını (bilgi; hizmetlere erişim; bilinçli seçim; güvenli hizmetler; gizlilik ve mahremiyet; itibar, rahatlık ve görüş beyanı ve bakımın sürekliliği) ve üç personel ihtiyacını içerir (kolaylaştırıcı denetim ve yönetim; bilgi eğitimi ve gelişimi; malzeme, ekipman ve altyapı).
	İç Ombudsman	Ombudsman, şikayetleri tarafsız bir şekilde araştırmak ve uzlaşmalara aracılık etmekle görevli bir kişidir. Dahili tesis ombudsmanı, sağlık çalışanlarının, çalışma ortamı ve iş arkadaşları hakkındaki şikayetlerini, cezalandırılma korkusu olmadan resmi olarak kaydedebilecekleri kişi olacaktır. Ombudsman, şikâyetlerin yeterince soruşturulmasını ve gerekiyorsa uygun tedbirlerin alınmasını sağlayacaktır. Böyle bir sistem, tesisi çalışanlarına nasıl davranıldığı konusunda sorumlu tutacaktır.
	Değerlerin Açıklanması	Yukarıda toplum ve birey odaklı müdahaleler altında açıklandığı gibi, değerlerin açıklığa kavuşturulması, belirli bir konudaki inançları açıklığa kavuşturmak ve onaylamak için kendi kendini incelemek, böylece eyleme geçme konusundaki farkındalığı ve rahatlığı artırmak için tasarlanmış bir süreçtir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla çalışırken amaç, değerler ve önyargılar da dahil olmak üzere benlik anlayışını teşvik etmektir, böylece hizmet sağlayıcılar kendilerinin almak istedikleri bakımı verebilirler.
	Akran Destek Grupları	Bu tür grupların, iş stresi ve tükenmişlik üzerine odaklanan meslektaşlarla tartışma ve derinlemesine düşünme fırsatı sağlayan terapötik çalışma grupları olması amaçlanmaktadır. Bu tür grupların amacı, işyerindeki strese rağmen kaliteli hasta bakımı ve etkileşimi sağlamak için stres yönetimi teknikleri ve yöntemlerinin kolektif olarak beyin fırtınası yapabileceği açık bir alan sağlamaktır.
	Duyarlılık ve Farkındalık Eğitimi	Başarılı farkındalık uygulaması, hizmet sağlayıcının moral bozukluğunu, sağlayıcının tükenmişliğini azaltarak danışanlardan uzaklaşmasını engelleyebilir ve sağlayıcıların verdikleri bakım üzerindeki önyargılarının etkisini azaltabilir.
	Görsel Metaforlar	Görsel metaforların amacı, hastaların bu davranışlardan nasıl etkilendiğini anlamak ve hizmet sağlayıcının önyargısını ve mesafesini azaltmak için ebeleri, onursuz bakımın yaygın örneklerini, objektif bir perspektiften görmeye teşvik etmektir.
	Rol-Play Egzersizleri	Saygılı annelik bakımının teşvik edilmesinde, rol yapma egzersizlerinin amacı, sağlayıcıların önyargılardan ve danışanlardan uzaklaşmadan kaynaklanan saygısız davranışların hastalar tarafından nasıl deneyimlendiği ve olumsuz etkilendiği konusunda bir anlayış kazanması olacaktır.

**Tablo 2.5.** Risk faktörleri ve alt kategorilere yönelik müdahaleler (Ratcliffe vd., 2013; White Ribbon Alliance, 2016) (devam ediyor)

Risk Faktörü	Müdahale	Açıklama
Tesis Temelli Müdahaleler	Doğum Müdahalelerinin İnsancillaştırılması: Gizlilik Perdeleri ve İsim Etiketleri	Daha önce açıklandığı gibi, Doğumun İnsancillaştırılması hareketi, kadınları bakımlarının merkezine koymayı ve karar alma mekanizmalarını güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu hedefi hayata geçirmek için tesisleri kadınlar için daha konforlu ve davetkar hale getirmeye ve hizmet sağlayıcılar için daha destekleyici ve daha az stresli bir çalışma ortamı sağlamaya odaklanan çeşitli müdahaleleri desteklemektedir.
	Standartlara Dayalı Yönetim ve Tanınma	Standartlara Dayalı Yönetim ve Tanınma, Jhpiego kuruluşu tarafından geliştirilen bir kalite iyileştirme modelidir. Standartlara Dayalı Yönetim ve Tanınma, kalite iyileştirmeye yönelik yönetim çözümlerine odaklanır ve dört temel adımı izler: ulusal veya uluslararası standartlara dayalı performans standartlarının belirlenmesi, standartların düzenli bir şekilde uygulanması, ilerlemenin ölçülmesi ve başarının tanınma mekanizmaları yoluyla ödüllendirilmesi.
	Destekleyici Denetim	Denetleyiciler saygılı doğum bakımı ilkeleri konusunda eğitilirse ve denetleyici ziyaretler saygılı bakım sunumunun gözden geçirilmesini ve kolaylaştırılmasını vurgulayacak şekilde tasarlanırsa, destekleyici denetim hem sağlayıcı hem de kurum düzeyinde bakımın iyileştirilmesi için güçlü bir mekanizma olabilir.
	Değerlerin Açıklanması	Topluluk/birey ve sağlayıcı müdahaleleri altında açıklanan aynı müdahale ve sonuçlar geçerlidir.
	Kriter Bazlı Denetimler	Kriter bazlı denetimler, "bakımın açık kriterlere göre sistematik olarak gözden geçirilmesi ve değişimin uygulanması yoluyla hasta bakımını ve sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir kalite iyileştirme süreci" olarak tanımlanmıştır. Kriter bazlı denetimler bakımın süreçlerini ve sonuçlarını değerlendirir ve bu denetimlerin temel özelliği, sonuçlardaki ilerlemeyi ölçmek için seri olarak yapılmasıdır.

**Tablo 2.5.** Risk faktörleri ve alt kategorilere yönelik müdahaleler (Ratcliffe vd., 2013; White Ribbon Alliance, 2016) (devam ediyor)

Risk Faktörü	Müdahale	Açıklama
Ulusal Sistem Müdahaleleri	Hak Temelli Dil ve Sorumluluk Mekanizmalarının Mevzuatta Yer Alması	Saygılı annelik bakımı hakkını ve ulusal hesap verebilirlik prosedürlerini teşvik eden dilin ulusal mevzuata dahil edilmesi, hükümetlerin yasal haklarla ilgili yükümlülüklerini yerine getirmesinde önemli bir adımdır.
	Kamuya Açık Oturumlar ve Topluluk Toplantıları	Kamuya açık oturumlar ve topluluk toplantıları, hükümet yetkililerinin, paydaşların ve topluluk üyelerinin bir araya gelip sağlık hizmetlerine ilişkin endişeleri tartışmaları ve birlikte çözümler ve eylem planları geliştirmeleri için bir platform sağlar.
	İnsan Hakları Temelli Ulusal Anne Sağlığı Planı	Kadınların saygılı doğum bakımı haklarını koruyan ulusal yasa ve politikalar esastır; ancak çerçevede de belirtildiği gibi, ulusal yasa ve politikaların yalnızca varlığı, bunların takip edilmesini ve uygulanmasını garanti etmez. Bu sonraki taahhüt düzeyine ulaşmak için, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konseyi'nin (UNHRC) "Azaltma Politikaları ve Programlarının Uygulanmasına İlişkin İnsan Hakları Temelli Yaklaşımın Uygulanmasına İlişkin Teknik Kılavuz"da ayrıntılı olarak belirtildiği gibi ulusal bir anne sağlığı planına ihtiyaç vardır.
	Hasta Sözleşmesi/ Haklar Bildirgesi	Hasta Sözleşmeleri ve Haklar Bildirgesi, hastaların insan haklarını koruma konusunda hizmet sağlayıcıların ve tesislerin sorumluluklarını düzenleyen ulusal standartlardır. Kamuya açıklandıklarında, hastaların saygılı ve insan onuruna yakışan bakım haklarına ilişkin farkındalığı artırmaya hizmet ederler ve hastaların şikâyetinde bulunmaları için bir referans noktası sağlarlar.
	İyileştirme İş birlikleri	İyileştirme İşbirlikçileri bir "Planla-Uygula-Çalış-Önlem Al" döngüsünü takip eder. Ancak İyileştirme İşbirlikçileri, iyileştirme hızını artırmak amacıyla ekipler arasında fikir paylaşımını ve öğrenmeyi kolaylaştırmak için daha büyük sağlık sisteminin desteğiyle kalite iyileştirme sürecini birden fazla tesiste organize etmeleri bakımından benzersizdir.
	İnsan Hakları ve Saygılı Bakımın Hizmet Öncesi Eğitime Entegrasyonu	Sağlık çalışanlarının tıp eğitimi ve öğretimi sırasında oluşturdukları alışkanlık ve değerlerin daha sonra sunacakları hizmetleri etkilediği çok açıktır. Müdahaleler kötü davranışları çeşitli şekillerde azaltmayı amaçlasada, hizmet sağlayıcıların mesleklerine basitçe güçlendirilebilecek saygılı tutum ve uygulamalarla girmeleri tercih edilebilir.

### 2.6.2. Saygılı annelik bakımı sağlama önerileri

Zayıf bir sağlık sistemi ve insan kaynağı eksikliği, hizmet sağlayıcıların moral bozukluğuna ve dolayısı ile saygısız ve/veya istismarcı bir bakıma katkıda bulunabilmektedir (Bowser & Hill, 2010; Reis vd., 2012). Yetersiz personel, kaynak ve az ödül, vasıflı doğum görevlileri arasında yüksek strese ve hayal kırıklığına neden olmaktadır (Reis vd., 2012). Pek çok kuruluş ve müdahale nitelikli doğum bakımına erişimi iyileştirmeyi hedeflerken, sağlık bakımı verenler ile ilişkilerin kalitesine daha

az dikkat etmektedir (White Ribbon Alliance, 2016). İnsan kaynakları açısından (Reis vd., 2012);

- Sağlık hizmet sağlayıcıların hizmetlerine uygun ücret ile çalıştırılması,
- Doğumhanede çalışan ebelerin sayısının artırılması,
- Ebelerin güvenilirliğinin sağlanması,
- Yeterli kaynak ve personel, iyi yapılan uygulamaların ödül ile teşvik edilmesi doğum görevlilerinin daha az stres ve hayal kırıklığına uğramasını sağlamaktadır.

Saygılı bakımın iyileştirilmesi ve izlenmesi için mekanizmalar sisteme entegre edilmeli ve sürekli kullanılmalıdır (White Ribbon Alliance, 2016). Tesise ilişkin (Reis vd., 2012);

- Yeterli altyapı (fiziksel alan ve çevre),
- Yeterli temel malzeme ve ekipmanın,
- Aşırı kalabalık olmayan ve temiz olan,
- Doğum taburesi, yer minderi gibi normal doğumu kolaylaştıracak kaynakların yeterli sayıda bulunması,
- Saygılı doğum bakımıyla ilgili bilgilendirici materyallerin eksik olmaması,
- Kırsal/üçra yerlerde çalışan toplum ebeleri için yeterli malzeme şartları yerine getirilmiş olmalıdır.

Tüm vatandaşların insan haklarına saygı duyulmasını, korunmasını ve yerine getirilmesini sağlamak her hükümetin sorumluluğudur. Hem kadının hem de yeni doğan bebeğin özellikle savunmasız olduğu doğum sırasında haklarının gerçekleşmesini sağlamak için ekstra önlemlerin alınması özellikle önemlidir. Bu açıdan çözüm önerileri şunlardır (White Ribbon Alliance, 2016):

- Hükümetler doğum sırasında saygısızlık ve istismara karşı attıkları adımları periyodik olarak raporlamalıdır.
- Hükümetlerin, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi konusunda desteklenmesi, sorumlu tutulması ve şartlar ne olursa olsun insan haklarına saygı gösterilmesini, korunmasını ve yerine getirilmesini sağlamaları gerekmektedir.

- Hükümetler, kadınlardan sürekli olarak geri bildirim toplayacak ve bir araya getirecek mekanizmalar oluşturmalı, bu bilgileri hizmetler tasarlamak ve izlemek için kullanılmalıdır.
- Hükümetler ulusal ve yerel düzeyde hesap verebilirlik mekanizmalarını kurumsallaştırmalıdır.
- Hükümetler, bakım verenlerin yüksek kalitede, saygılı bakım sağlamaya hazır olmasını ve desteklenmesini sağlamalıdır.
- Hükümetlerin, asgari uluslararası standartları karşılayacak yeterli sayıda bakım vereni sağlamaları gerekmektedir.
- Uluslararası topluluk ve bağışçıların, hükümetlere teknik yardım sağlamak ve umut verici uygulamaların uluslararası işbirliği çerçevesinde yaygınlaştırılmasını sağlamak konusunda önemli rolü bulunmaktadır.

Aynı zamanda tıbbi hiyerarşinin düşünce ve fikirlerinin sağlık çalışanlarına galip gelmesi, diyalog ve değişime dirençli sağlık çalışanları, kırsal bölgelerde çalışan ebelerin çalışmalarına yönelik destek ve ilginin olmayışı, hizmet kalitesini artırmaya yönelik motivasyon eksikliği, mesleğini sevmeyen, kadına şefkat göstermeyen, asabi sağlık çalışanları insan kaynakları açısından çözülmesi beklenen sorunlardır. Diğer çözüm önerileri (Reis vd., 2012);

- Doğum yapmak isteyen kadınlara destek olmak, sorumluluğu bakım sağlayıcılarıyla paylaşmak.
- Toplumdaki kadınlar ve aileleriyle iş birliği içinde, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı olma özerkliğine sahip olmaları için ebeliğin profesyonelleştirilmesi.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırmanın amacı kadınların doğumda aldıkları bakımı fenomenolojik olarak değerlendirmek, elde edilen bulgular ile geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen ölçüm aracı ile doğumda saygılı annelik bakım düzeyini belirlemektir.

Bu araştırma karma desen keşfedici tasarım yöntemine sahip bir çalışmadır. Araştırma üç aşamadan oluşmuştur. Araştırmanın birinci aşamasında nitel araştırma yöntemi ile kadınların sağlık tesislerinde doğum eylemleri sırasında almış oldukları bakım değerlendirilmiştir. Nitel yöntem ile elde edilen veriler ikinci aşamada ölçüm aracı geliştirmede kullanılmıştır. Üçüncü aşamada ise geliştirilen ölçüm aracı ile nicel araştırma yöntemlerinden kesitsel türde saygılı annelik bakım oranı belirlenmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmanın Etik Kurul onayı üç aşamalı şekilde, KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul'undan 21 Eylül 2022 tarihinde 2022/001 karar numarası ile alınmıştır (Ek 1.). Tezin ikinci aşaması için ihtiyaç olan kurum izinleri 29.05.2023 tarih ve 348045 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, 07.07.2023 tarih ve 548490 sayı ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve 28.07.2023 tarih ve 0828 sayılı yazı ile Medicana Konya Hastanesinden alınmıştır (Ek 2-4.). Çalışmada her aşamada katılımcılardan sözlü (nitel çalışmada online görüşmeler nedeniyle) ve yazılı onam alınmıştır. Ölçek geliştirme aşamasında paralel form olarak kullanılan "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" için de ölçeğin yazarından izin alınmıştır (Ek 5.).

#### **3.3. 1.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Fenomenolojik İnceleme**

##### **3.3.1. Araştırmanın tasarımı**

Kadınların, doğum eylemi süresince, doğum anında ve sonrasında, sağlık tesislerinde almış oldukları ve almayı tercih ettikleri bakımı anlamak amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Fenomenolojik desen (olgubilim), farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa

sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır. Kişilere yabancı olmayan ancak tam anlamının da kavranamadığı olguları araştırmayı amaçlayan çalışmalar için fenomenolojik yaklaşım uygun bir araştırma zemini sağlamaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2008).

### **3.3.2. Veri oluşturma süreci**

Veri oluşturma sürecinin başlangıcında, araştırma konusuna yönelik belirlenen alt başlıklarla ilgili literatür taraması yapılmış ve bu doğrultuda yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur (Ayoubi vd., 2020; de Kok vd., 2020; Sheferaw vd., 2016; Taavoni vd., 2018; Vedam, Stoll, Martin, vd., 2017; Vedam, Stoll, Rubashkin, vd., 2017; World Health Organization, 2018). Görüşme formunda; sosyo-demografik bilgiler, doğumhanede bakım sunan (ihtiyaçlarınızı karşılayan, tıbbi girişim yapan, iletişime geçen) kişiler, doğum odaları, doğum ve doğum sonu uygulanan girişimler, saygılı annelik bakımı konusunda açık uçlu sorular yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun anlaşılmasının kontrol edilmesi amacıyla katılımcılara ulaşmadan önce araştırma kriterlerine uyan 2 kişi ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme sonrası sorular ile ilgili bir değişikliğe gidilmemiş, yarı yapılandırılmış görüşme formuna son şekli verilmiştir (Ek 6.).

Dahil edilme kriterleri; görüşmeyi kabul eden, bir sağlık tesisinde vajinal doğum yapmış, doğum sonu altı hafta içinde olan, Türkçe konuşup anlayabilen, doğum ve doğum sonu herhangi bir komplikasyon gelişmeyen, sağlıklı bebeğe sahip, işitme engeli bulunmayan, kronik hastalığı olmayan, 18 yaşından büyük olan kadınlardır. Etik kurul onayı sonrası dahil edilme kriterlerine uyan lohusalar ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler bir aylık zaman diliminde (23 Eylül-23 Ekim 2022) tamamlanmış ve bir görüşme süresi en az 18 en fazla 48 dk sürmüştür.

Görüşme öncesinde araştırmacılar tarafından katılımcılara görüşmenin amacı, katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve kendilerine takma isimler verileceği, elde edilen bilgilerin yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı, katılımcıların izni doğrultusunda ses kaydı yapılacağı ve bu ses kayıtlarının kimseye paylaşılmayacağı konularında sözel olarak bilgi verilmiştir ve katılımcıların araştırmaya bilgilendirilmiş gönüllü onayı online görüşmelerde sözlü ve yüzyüze görüşmelerde yazılı olarak alınmıştır.

### **3.3.3. Nitel çalışmaya dahil edilen katılımcılar**

Araştırmada katılımcılara ulaşmak amacıyla, amaçlı örnekleme yöntemi ve amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi; araştırma sorularının cevaplarıyla ilişkilendirilmiş belli amaçlara dayanarak birimler (yani bireyler, bir grup birey, kurum gibi) seçme işlemi olarak tanımlanabilir (Baki & Gökçek, 2012). Nitel araştırmalarda veriler kendini tekrarlamaya başladığında çalışmaya son verildiğinden (Baltacı, 2018, 2019) örnekleme hesaplanmamıştır.

Nitel çalışmaya dahil edilecek kişilere ulaşmak için kilit kişiler ile görüşmeler yapılmıştır. Hastanede gebe okullarında eğitim veren bir, doğumhanede çalışan bir, serbest çalışan bir ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan dört ebe yardımıyla 12 lohusaya ulaşılmıştır. Kartopu örnekleme yöntemiyle ilk katılımcılardan yola çıkarak dört lohusada çalışmaya dahil edilmiş ve verilerin doygunluğa ulaşması ile 16 lohusa ile nitel veri toplama sonlandırılmıştır. Çalışmaya dahil edilecek kadınlar seçilirken yaş, multipar veya primipar olması, eğitim durumu, meslek, doğum yapılan yer açısından çeşitliliğe dikkat edilmiştir. Konya dışındaki katılımcılar ve katılımcının talep etmesi üzerine çevrim içi görüşme araçları üzerinden görüntülü görüşme sağlanmış ve tüm katılımcıların onayları sonrası ses kaydı yapılmıştır (altı online, on yüzyüze katılımcı). Katılımcıların kimliklerinin gizli tutulması adına K1-16 şeklinde kodlanmıştır (Tablo 4.1.).

### **3.3.4. Verilerin analizi**

Araştırmada betimleyici analiz kullanılmıştır. Betimleyici analiz; kim, ne, nerede, ne zaman ve ne ölçüde sorularına yanıt vermek için verilerdeki kalıpları belirleyerek dünyayı veya bir olguyu karakterize eder. Daha iyi anlaşılması için verileri basitleştirmektedir ve araştırmacı, söz konusu olguyu ve onun merkezinde yer alan kavramları anlamalıdır (Loeb vd., 2017). Katılımcılardan derinlemesine görüşmeler aracılığıyla elde edilen ses kayıtları 23 Ekim 2022-25 Kasım 2022 tarihleri arasında sözcük işlemci programında metin formuna dönüştürülmüştür. 25 Kasım 2022-05 Aralık 2022 tarihleri arası; görüşme tutanakları, ses kayıtları tekrar dinlenerek kontrol edilmiş ve herhangi bir kaybın olmamasına dikkat edilmiştir. Görüşme tutanaklarının ilk incelemesi sonucu, saygılı annelik bakımı tanımına uyan ve literatür kapsamında ölçek maddesi olabilecek 431 ifade listelenmiştir. Listelenmiş olan 431 ifade kategorileştirilerek dört alt temaya ayrılmıştır. Bunlar;

- Onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan veya korumayan bakım algıları
- Zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan bakım algıları
- Eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan veya sağlamayan bakım algıları
- Organize edilebilen ve sağlanan bakım algıları

Daha sonra benzer ifadeler birleştirilmiş, ölçek maddesi olmayan, algı ölçmeyen ve doğumda saygılı annelik bakım kapsamına girmeyen ifadeler silinmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasına geçiş yapılmıştır.

### **3.4. 2.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Ölçek Geliştirme Çalışması**

#### **3.4.1. Araştırmanın amacı**

Çalışmanın ikinci aşamasında; geçerli ve güvenilir bir Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği geliştirmektir.

#### **3.4.2. Araştırmanın türü**

Ölçek geliştirme çalışmasında metodolojik araştırma deseni kullanılmıştır.

#### **3.4.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman**

Araştırmanın nitel verilerinden ve literatürden elde edilen taslak ölçek maddeleri gerekli uzman görüşleri alındıktan sonra veriler Konya ilinde, Medicana Konya Hastanesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanelerinde 01 Haziran-15 Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.4.4. Araştırmanın uygulanması**

Titiz bir ölçek oluşturmanın üç aşaması vardır: Madde geliştirme, ölçek geliştirme ve ölçek değerlendirme. Bunlar daha sonra dokuz adıma ayrılabilir (Boateng vd., 2018). Bu adımlar takip edilerek doğumda saygılı annelik bakım ölçeğinin son hali verilmiştir.

#### **3.4.4.1. Madde geliştirme**

Adım 1. İlgili alanlarının belirlenmesi ve madde üretimi: Hangi öğelerin sorulacağını seçme

Doğumda saygılı annelik bakımının varlığını kanıtlamak ya da olmadığını göstermenin yolu SAB'ın ölçülmesinden geçmektedir. Türkiye'de annelik bakımı doğum memnuniyeti anketleri ile değerlendirilmektedir. Doğrudan kadının aldığı bakımı değerlendirebilecek herhangi bir ölçüm aracımız bulunmamaktadır.

Araştırmanın birinci aşamasında 431 ifadenin ölçek maddesi olmayanlar çıkarılarak, benzer olanlar birleştirilerek 83 tanesi taslak ölçeğe eklenmiştir.

Adım 2. İçerik geçerliliği: Maddelerin ilgili alanını yeterli bir şekilde ölçüp ölçülemediğini değerlendirme

Maddelerin her biri içerik uygunluğu, temsil edilebilirlik ve teknik kalite açısından, içerisinde eğitimde ölçme ve değerlendirme uzmanının, sahada çalışan ebeveynin, istatistik uzmanı ve ebeveynlik öğretim üyelerinin bulunduğu 18 uzman tarafından Delphi yöntemi ile değerlendirilmiş, kapsam geçerliliği sonuçları için Davis tekniği kullanılmıştır. Uzman görüşüne ait puanlama aşağıdaki gibidir (Karakoç & Dönmez, 2014; Yusoff, 2019).

- A- Madde özelliği temsil ediyor.
- B- Maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var.
- C- Maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var.
- D- Madde özelliği temsil etmez.

#### **3.4.4.2. Ölçek geliştirme**

Adım 3. Ön test soruları: Soruların ve cevapların anlamlı olduğundan emin olma

Soruların ilgili alanını ne ölçüde yansıttığını ve cevapların geçerli ölçümler ürettiğini değerlendirmek için beş kişiye taslak sorular uygulanarak ve katılımcıların yanıt verirken yaşadıkları zihinsel süreci ifade etmeleri istenmiştir. Bu uygulama sonrasında bazı maddelerde daha kolay anlaşılabilmesi için düzenlemeye gidilmiştir.

Adım 4. Anket yönetimi ve örneklem büyüklüğü: Doğru kişilerden yeterli verinin toplanması

Nihai taslak ölçek örnekleme uygulanmadan önce araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 30 lohusaya uygulanmış, Cronbach Alpha ve madde korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Araştırmalarda iç tutarlılığı test etmek için kullanılan en popüler yöntem Cronbach alpha katsayısının belirlenmesidir. Değeri sıfır ile bir arasında olan Cronbach alfa katsayısı +1'e yaklaştıkça iç tutarlılığın yüksek olduğu belirtilmektedir (Sürücü & Maslakçı, 2020). Pilot çalışmanın Cronbach Alpha ve madde korelasyon katsayılarının yüksek olması nedeniyle taslak ölçekte herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Nihai taslak ölçek örnekleme uygulanmadan önce anket tasarımı yapılmış, okunabilecek derecede küçük punto ile daha az sayfa sayısı sağlanmıştır.

Örneklemin belirlenmesi ile ilgili temel kural her ölçek maddesi için en az 10 katılımcı olmuştur, yani yanıtlayanların maddelere ideal oranı 10:1'dir (Boateng vd., 2018; Karaçam, 2019). Nihai taslak ölçek (43 madde), ölçek maddesi başına on katılımcı olacak şekilde kurum izni alınan kurumlarda uygulanmıştır. Dahil edilme kriterleri: 18 yaşından büyük, vajinal doğum yapan, doğum sonu altı haftalık dönemde olan, herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olmayan, doğumda veya daha sonrasında herhangi bir problem yaşamamış, bebeği doğum sonu dönemde yanında olan, Türkçe konuşup, anlayabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden lohusalardır. Nihai taslak ölçek dahil edilme kriterlerine uyan 437 lohusaya uygulanmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu için Bartlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonuçları dikkate alınmıştır (Tavşancıl, 2014).

Verilerin değerlendirmesine geçmeden önce ölçek puanlarının normal dağılımlarının incelenmesi için Skewness (çarpıklık), Kurtosis (basıklık) dağılım testi kullanılmıştır. Çarpıklık basıklık değerlerinin  $\pm 2$  aralığında olması durumunda normal dağılım gösterdiğini ifade edilmektedir (George & Mallery, 2010).

#### Adım 5. Madde azaltma

Maddeler arası ve madde-toplam korelasyonları, bir madde puanının bir ölçekteki diğer tüm madde puanları ile ne ölçüde ilişkili olduğunu ve bir ölçekteki maddelerin ne ölçüde aynı içeriği değerlendirdiğini inceler. Korelasyonu çok düşük ( $<0,30$ ) olan maddeler daha az tercih edilir ve geçici ölçekten potansiyel olarak çıkarılmanın nedenidir (Boateng vd., 2018). Ancak Norman ve Streiner (2003) ölçekleme varsayımlarının karşılanması için bir maddenin ölçme aracındaki tüm

maddelerin toplam puanıyla 0,20'den fazla korelasyon göstermesinin yeterli olduğunu belirtmiştir (Sürücü & Maslakçı, 2020). Bu aşamada <0,30 maddeler taslak ölçekten çıkarılmıştır.

#### Adım 6. Faktörlerin çıkarılması

Faktör çıkarma, bir dizi ögeye uyan, bazen alanlar olarak adlandırılan, en uygun faktör sayısının belirlendiği aşamadır. Bu, faktör analizi kullanılarak yapılır. Faktör analizi, gözlemlenen standartlaştırılmış değişkenlerin gözlemlenmeyen (yani gizli) faktörlere göre regresyona tabi tutulduğu bir regresyon modelidir. Değişkenler ve faktörler standartlaştırıldığı için, iki değişkenli regresyon katsayıları da korelasyonlardır ve gözlenen her değişkenin her faktör üzerindeki yükünü temsil eder. Dolayısıyla faktör analizi, bir dizi maddenin gizli (iç) yapısını ve maddeler arasındaki ilişkilerin kendi içinde ne ölçüde tutarlı olduğunu anlamak için kullanılır (Boateng vd., 2018).

Ölçeğin faktör yapısı Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanılarak incelenmiştir. Açıklayıcı faktör analizinden (AFA) elde edilen sonucun, belirlenen yapının geçerliğine kanıt sağlamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) çalışması yapılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizinde Ki-Kare ( $\chi^2$ ) değeri modelin genel uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılan en temel ölçümdür. Bu değer örnek kovaryans matrisi ve model tarafından uyarlanmış olan (modellenen) kovaryans matrisi arasında fark olup olmadığını değerlemeye yaramaktadır (Hu & Bentler, 1999).

#### Adım 7. Boyutluluk testleri

Boyutsallık testi, önceki bir modelden çıkarılan, varsayılan faktörlerin veya faktör yapısının farklı bir zaman noktasında boyutsal bir çalışmada veya ideal olarak yeni bir örnek üzerinde test edildiği bir testtir. Boyutsallık testleri, öğelerin, bunların faktörlerinin ve işlevinin ölçümünün iki bağımsız örnekte veya aynı örnek içinde farklı zaman noktalarında aynı olup olmadığını belirler. Bu tür testler bağımsız küme modeli doğrulayıcı faktör analizi, iki faktörlü modelleme veya ölçüm değişmezliği kullanılarak yapılabilir (Boateng vd., 2018). Doğrulayıcı faktör analizi ile modelin kaç faktörlü bir yapıda olduğu, hangi maddelerin hangi faktörlerle ilişkili olduğu, faktörlerin birbirleri ile ilişkisinin olup olmadığı ve model uyum indeks değerlerinin uygun olup olmadığı, araştırmanın ikinci aşamasında 437 örneklem ile ve üçüncü aşamasında ise toplanan 800 örneklem ile test edilmiştir.

## Adım 8. Güvenilirlik testleri

Bir testin aynı bireye birden fazla uygulanması durumunda beklenen şey, testin uygulama sonuçlarının her defasında benzer olmasıdır. Bu durumda güvenilirlik; zaman göre değişmezlik, bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki benzerliktir (Alpar, 2016). Ölçekteki maddelerin toplam puanlarına göre değişme derecesinin belirlenmesi amacıyla Cronbach Alfa katsayısı ve katılımcının performansının tekrarlanabilir olma derecesini değerlendirmek için alternatif form güvenilirliği uygulanmıştır. Alternatif form olarak “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

Güvenilirliğin test edilmesinde ek bir yaklaşım, test-tekrar test güvenilirliğidir. Stabillite katsayısı olarak da bilinen test-tekrar test güvenilirliği, katılımcıların performansının ne ölçüde tekrarlanabilir olduğunu, yani toplam puanlarının zaman içinde ne kadar tutarlı olduğunu değerlendirmek için kullanılır. Araştırmacıların test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirme biçimleri farklılık göstermektedir. Bazıları korelasyon katsayısını kullanmayı tercih ederken, diğerleri Pearson momentler çarpımı korelasyonunu kullanmaktadır. Her iki durumda da korelasyon ne kadar yüksek olursa test-tekrar test güvenilirliği de o kadar yüksek olur; sıfıra yakın değerler düşük güvenilirliği gösterir (Boateng vd., 2018). Test tekrar test için dahil edilme kriterlerine uyan 32 lohusaya ulaşılmış, aynı kişilere 15 gün sonra aynı ölçek tekrar uygulanmıştır.

### Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği

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



puanını” verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise “toplam alt boyut puanı” olarak kullanılabilir. Toplam ham puan 43-215 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği için hesaplanan kesme noktası puanı 150,5’dir ( $\geq 150,5$  memnuniyet düzeyi yüksek,  $< 150,5$  memnuniyet düzeyi düşük) (Güngör, 2009; Gungor & Beji, 2012). Çalışmada ölçek genel puanı Cronbach Alpha değeri 0,924 olarak hesaplanmıştır.

#### Adım 9. Geçerlilik testleri

Ölçek geçerliliği, “bir aracın değerlendirmek için geliştirildiği gizli boyutu veya yapıyı gerçekten ölçebilme derecesidir”. Geçerlilik, çalışma alanının belirlenmesi ve tanımlanmasıyla (Adım 1.) başlayan ve diğer yapılarla genelleştirilebilirliğine (Adım 9.) devam eden bir süreçtir. Bir aracın geçerliliği birçok yolla incelenebilir; en yaygın geçerlilik testleri, aracın hedef kitleye uygulanmasından önce yapılabilen içerik geçerliliği (2. Adımda açıklanmıştır), anketin uygulanmasından sonra ortaya çıkan kriter (tahmin edici ve eşzamanlı) ve yapı (yakınsak, diskriminant, bilinen gruplara göre farklılaşma, korelasyonlar) geçerliliğidir (Boateng vd., 2018). Geliştirilen ölçeğin geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Analizler sırasında faktörlerin birbirinden bağımsız olduğu öngörülerek Varimax dik döndürme yöntemi kullanılmıştır.

Madde ayırtediciliğinin veya madde geçerliğinin belirlenmesi için kullanılan diğer bir yöntem ise ölçeği, ölçek puan toplarına göre en büyükten en küçüğe olacak şekilde sıraladıktan sonra üstten ve alttan %27’lik grupları belirlemek ve bu bağımsız gruplar arasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırmaktır. Buradaki mantık; üst gruptaki cevap verenler, ölçeğin ölçmek istediği olumlu özelliklere sahipken, alt gruptaki cevap verenler ölçeğin ölçmek istediği olumsuz özelliklere sahiplerdir. Bir maddenin bu iki grubu arasında istatistiksel açıdan fark yoksa bu madde ilgili özelliğe sahip olanlar ile olmayanları ayırt etmeyecektir (Alpar, 2016). Ölçeğin geçerliğine ek kanıt sağlamak amacıyla, ölçek toplam puanlarının alt %27 ve üst %27 grup ortalamaları arası fark bağımsız gruplar t testi ile (Independent Sample T Test) incelenmiştir.

#### **3.4.4.3. Tepki yanlılığı**

Tepki yanlılığı, bir ölçek doldururken, kişilerin kendi görüşlerine mi veya toplum ya da araştırmacı beklentilerine göre mi cevapladığını vermektedir. Tepki yanlılığı, ölçeğin hem geçerliliği hem de güvenilirliği ile ilgilidir. Hotelling T<sup>2</sup> testi tepki yanlılığının belirlenmesi için kullanılır ve testten elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olması gerekmektedir ( $p < 0,05$ ) (Erkuş vd., 2017).

#### **3.4.4.4. Receiver operator characteristic (ROC) analizi sonucu kesme puanlarının incelenmesi**

ROC eğrisi özellikle tıp alanında, tanı koyabilmek için kesim noktasının belirlenmesinde kullanılmaktadır. ROC eğrisi çizebilmek için elde edilen verideki tüm değerler kesme noktası olarak alınır ve her değer için doğru pozitif (duyarlılık) ve doğru negatif (seçicilik) değerleri hesaplanır. En iyi kesim noktasının belirlenmesinde yaklaşımlardan biri duyarlılık ve seçicilik değerlerinin toplamının en büyük olduğu noktasının kesme noktası olarak belirlenmesidir (Alpar, 2016).

Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ)'nün geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesinden sonra geçerli ve güvenilir olan nihai ölçek ile araştırmanın üçüncü aşamasına geçiş yapılmıştır.

### **3.5. 3. Aşama: Postpartum Kadınlarda Saygılı Annelik Bakım Düzeyi ve İlişkili Faktörler**

#### **3.5.1. Araştırmanın amacı**

Araştırmanın üçüncü aşamasında ikinci aşamada geliştirilmiş DSABÖ ile Türkiye'de SAB düzeyi ve SAB ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### **3.5.2. Araştırmanın türü**

Çalışma nicel araştırma türlerinden kesitsel desen kullanılmıştır.

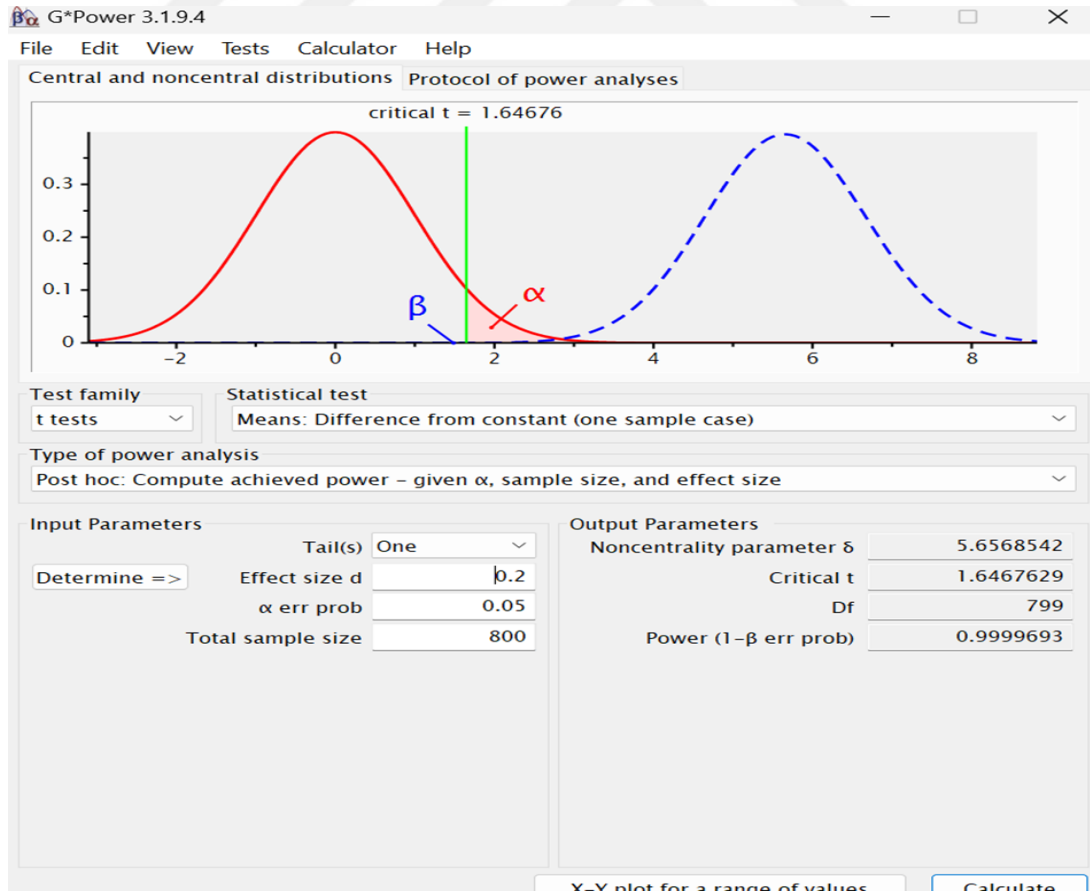
#### **3.5.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman**

Çalışmada Türkiye'de SAB düzeyinin hesaplanması amaçlandığından veri toplama formları ücretsiz anket sitesi yardımıyla online ankete dönüştürülmüştür (Ek 7.). Veriler bu aşamada online/çevrimiçi toplanmıştır. Araştırmanın adı, amacı, dahil edilme kriterleri ve anket linkinin bulunduğu afişler (Ek 8-9.), farklı sosyal medya sitelerinde, 06 Aralık 2023- 06 Nisan 2024 tarihleri arasında, serbest ebe, ebelik

akademisyenleri, emzirme danışmanı ve öğrenci ebelerin sosyal medya hesaplarından paylaşılmıştır. Aynı zamanda @dogumakademi hesabından her gün paylaşımlar yapılarak ulaşılan lohusa sayısı artırılmaya çalışılmıştır.

### 3.5.4. Araştırmanın örnekleme

Literatürde Türkiye’de yapılmış Saygılı Annelik Bakım oranını veren bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye’de düzey belirleme çalışması için belirlenen süre içerisinde 800 vajinal doğum yapmış lohusaya ulaşılabilmektedir. Yeterli örneklem sayısına ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi için post hoc analiz yapılmıştır. DSABÖ’nin 800 kişiyle gerçekleştirilen, Cohen’in küçük etki ( $d=0.2$ ) büyüklüğü baz alınarak  $\alpha=0.05$  anlamlılık düzeyinde yapılan araştırma sonucunda, elde edilen güç 0.99 olarak bulunmuştur (Şekil 3.1.). Daha önce Türkiye evrenini ölçen bir çalışmanın bulunmaması ve daha büyük bir örnekleme ulaşılabilmesi amacıyla, Cohen’in standartlaştırılmış etki büyüklüklerinden en küçük etki büyüklüğü ( $d=0.2$ ) kullanılmıştır (Alpar, 2016). Bu sonuca göre örneklem sayısının bu araştırma için oldukça yeterli olduğu söylenebilmektedir.



Şekil 3. 1. Posthoc örneklem analizi

Örnekleme alınma kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Doğum sonu altı hafta içinde olan,
- Bir sağlık tesisinde vajinal doğum yapan,
- 37-42 gebelik haftasında doğum yapan ve canlı bebeğe sahip olan,
- Doğum sonrası kendisi ve bebeği komplikasyon yaşamayan,
- Önemli/ kronik bir sağlık sorunu olmayan,
- Görme ve işitme problemi olmayan,
- Türkçe konuşup, anlayabilen,
- Okur-yazar olan,
- İnternet erişimi olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerdir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Doğum sonrası herhangi bir olumsuz durum yaşamış olan,
- Evde doğum yapan,
- Çoğul gebelik yaşayan kadınlardır.

### **3.5.5. Veri toplama formları**

Araştırmada verilerinin toplanma aracı olarak, Kişisel Bilgi Formu ve Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ) kullanılmıştır.

#### **3.5.5.1. Kişisel bilgi formu**

Form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Bulto vd., 2020; Hajizadeh vd., 2020; Oveysi & Apay, 2021; Sheferaw vd., 2017). Kişisel bilgi formunda; kadınların demografik ve obstetrik bilgilerin yer aldığı ondokuz kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

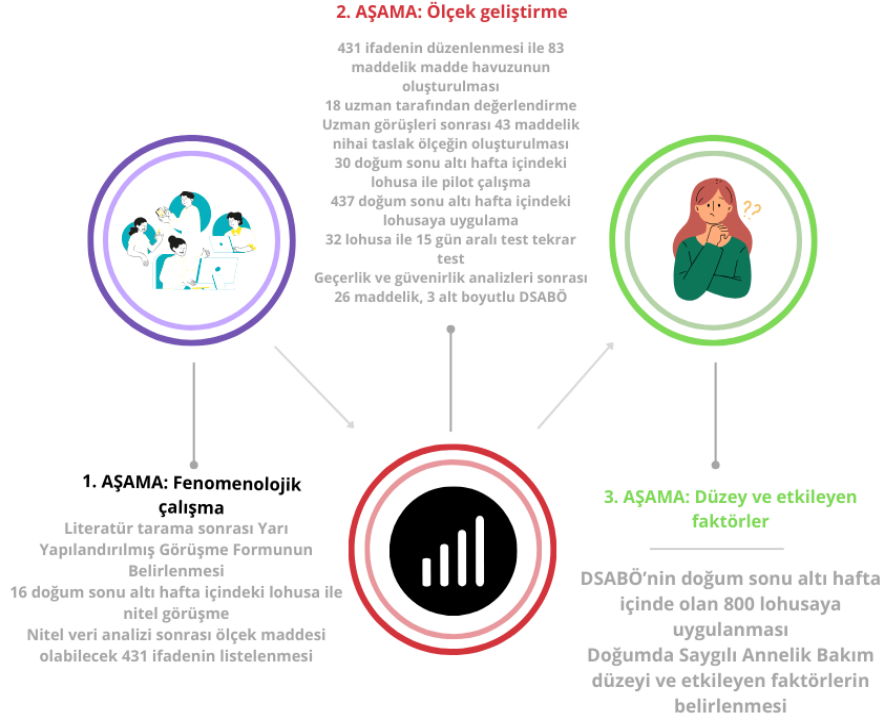
#### **3.5.5.2. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ)**

DSABÖ, Bay ve Sayiner (2024) tarafından kültüre özgü geliştirilmiş, 26 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; doğumda profesyonel destek, doğum ortamının uygunluğu ve doğumda bakım ve hizmetlerdir. Ölçek doğum sonu altı hafta içinde olan, vajinal doğum yapmış lohusalar tarafından doldurulabilmektedir. Maddeler 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum,

5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde 5'li likert tipte puanlanmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Toplam ham puan 26-130 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin doğumda saygılı annelik bakım algıları artmaktadır. Ölçek için hesaplanan kesme noktası puanı 85 olarak belirlenmiştir. Buna göre DSABÖ puanı 85 puan altında olanların doğumda saygılı annelik bakımını yeterli almadığı, 85 puan ve üzerinde alanların ise doğumda saygılı annelik bakımını yeterli aldığı değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı Cronbach's alpha puanı 0,944, doğumda profesyonel destek alt boyutunun 0,954, doğum ortamının uygunluğu 0,898 ile oldukça yüksek, doğumda bakım ve hizmetler altı boyutunun ise 0,785 ile oldukça güvenilir olduğu bulunmuştur.

### **3.5.6. Verilerin değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Skewness (çarpıklık), Kurtosis (basıklık) dağılım testi kullanılmıştır. Çarpıklık basıklık değerlerinin  $\mp 2$  aralığında olması durumunda normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedir (George & Mallery, 2010). Verilerin analizinde kullanılan test ve teknikler Tablo 3.1. belirtilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Tezin akış planı ve istatistikler Şekil 3.2. ve Tablo 3.1. de gösterilmiştir.



Şekil 3. 2. Tez aşamaları akış şeması

Tablo 3. 1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel test ve teknikler

Veri	Kullanılan İstatistiksel Test/Teknik
Nitel veriler	Betimsel analiz
Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı	Skewnes ve Kurtosis ( $\mp 2$ aralığında)
Güvenirlik	Değişmezlik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test tekrar test</li> <li>• Alternatif form güvenirliği</li> </ul> İç tutarlılık <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı</li> <li>• Madde toplam puan güvenirliği</li> <li>• Tepki Yanlılığı/Hotelling T<sup>2</sup></li> </ul>
Örneklem büyüklüğü veri setinin faktör analizine uygunluğu	G Power Post-hoc Analiz KMO İndeksi ve Bartlett Testi
Geçerlilik	Yapısal geçerlilik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktör analizi</li> <li>• Açıklayıcı faktör analizi</li> <li>• Doğrulayıcı faktör analizi</li> <li>• Bilinen gruplar karşılaştırması</li> <li>• % 27 Alt - % 27 Üst Grup Karşılaştırılması</li> </ul> Kapsam/İçerik geçerliliği <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzman görüşü</li> <li>• Davis tekniği</li> <li>• Kapsam geçerlilik indeksi</li> </ul>

**Tablo 3. 1.** Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel test ve teknikler (devam ediyor)

<b>Veri</b>	<b>Kullanılan İstatistiksel Test/Teknik</b>
<b>Ölçek Kesme Noktası</b>	ROC Analizi
<b>Tanımlayıcı</b>	Frekans (n) Yüzde Ortalama Standart Sapma Median Skewness (çarpıklık) Kurtosis (basıklık) Minimum ve Maksimum
<b>Gruplar arası fark ve ilişki</b>	Student's T Test Mann Whitney U Varyans Analizi Kruskal Wallis ANOVA Pearson Korelasyon Spearman Korelasyon

Bağımlı Değişken:

Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği toplam puan ortalaması.

Bağımsız Değişken:

Yaş, eğitim seviyesi, gelir durumları, aile yapısı, gebelik, doğum, doğum hakkında bilgilenme, yaşadığı çevre ve doğum şekli, doğum yapılan yer ve doğumu yaptıran kişi gibi değişkenler.

### 3.5.7. Araştırmadaki güçlükler

Çalışmada karşılaşılan en ciddi güçlük vajinal doğum yapan, Türkçe konuşabilen ve anlayan lohusa sayısının oldukça azalmış olmasıdır.

## **4. BULGULAR**

### **4.1. 1.Aşama: Doğumda Saygılı Anelik Bakımı Fenomenolojik İnceleme**

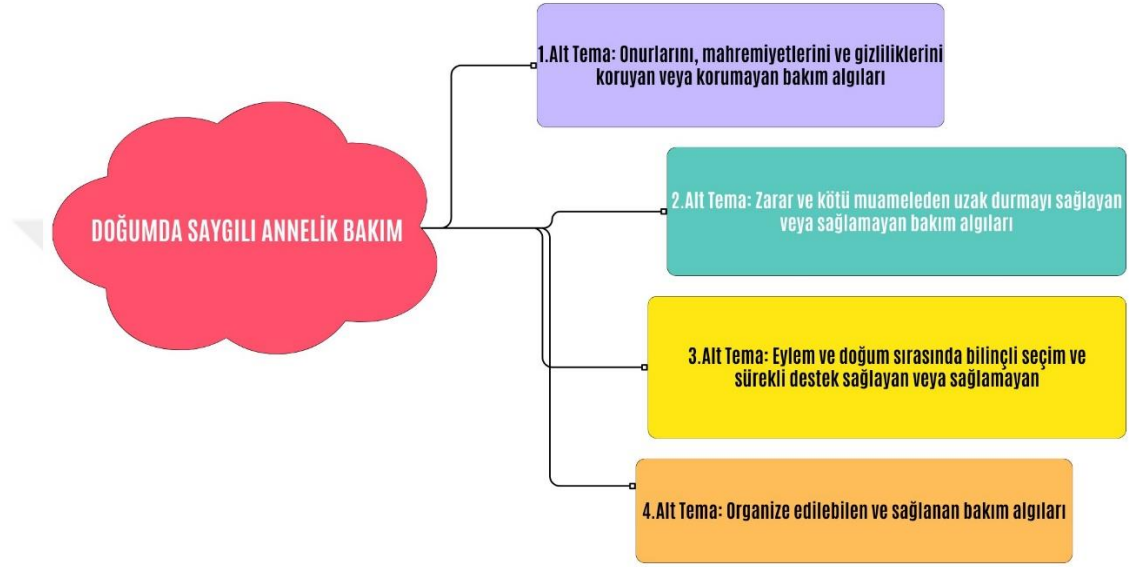
Araştırmanın birinci aşamasında nitel çalışmaya dahil edilen 16 lohusaya ait bilgiler Tablo 4.1.'da verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $28,06\pm 3,77$  (minimum 22-maksimum 34) yıldır. Eğitim durumları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olacak şekilde farklılık göstermiştir. Katılımcıların 15'inin medeni durumu evli iken yalnızca birinin medeni durumu bekar'dır. Meslekleri ebe, hemşire, öğretmen, anestezi teknikeri ve ev hanımıdır. Katılımcıların ortalama ocuk sayısı  $1,94\pm 1,18$  (minimum 1-maksimum 5) iken, %68,75'i kamu hastanesinde, %31,25'i özel hastanede doğum yapmıştır. Katılımcıların tamamı doğum sonu 42 içinde ve doktor ve/veya ebe eşliğinde doğumları gerekleştirilmişdir.



**Tablo 4. 1.** Nitel çalışmaya dahil edilen kadınlara ait bilgiler

Ad	Yaş	En uzun süre yaşanılan yer	Eğitim durumu	Medeni durum	Meslek	Çocuk Sayısı	Doğum yapılan yer	Doğum yapılan zaman	Doğum yaptıran kişi	Görüşme zamanı	Görüşme süresi	Görüşme şekli
K1	34	Konya	Lise	Evli	Hemşirelik	2	Kamu Hastanesi	08.09.2022	Ebe	07.10.2022	40 dk	Online
K2	24	Konya	Önlisans	Evli	Ev hanımı	1	Özel Hastane	28.09.2022	Doktor	08.10.2022	46 dk	Online
K3	32	Seydişehir	Lisans	Evli	Hemşirelik	2	Kamu Hastanesi	31.08.2022	Ebe	07.10.2022	34 dk	Online
K4	24	Seydişehir	Önlisans	Evli	Anestezi Teknikeri	1	Kamu Hastanesi	17.08.2022	Ebe	27.09.2022	31 dk	Online
K5	32	İstanbul	Lise	Evli	Ev hanımı	4	Özel Hastane	20.08.2022	Doktor	27.09.2022	29 dk	Online
K6	28	Konya	İlkokul	Evli	Ev hanımı	3	Kamu Hastanesi	19.08.2022	Ebe	29.09.2022	25 dk	Yüzyüze
K7	22	Çorum	Lisans	Evli	Uluslararası ilişkiler	1	Kamu Hastanesi	04.10.2022	Ebe	23.10.2022	18 dk	Yüzyüze
K8	32	Konya	Lisans	Evli	Öğretmen	2	Kamu Hastanesi	29.09.2022	Ebe	23.10.2022	27 dk	Yüzyüze
K9	30	Konya	İlkokul	Evli	Ev hanımı	5	Kamu Hastanesi	17.08.2022	Ebe	23.09.2022	23 dk	Yüzyüze
K10	28	Eskişehir	Lisans	Evli	Gıda mühendisi	1	Özel Hastane	15.09.2022	Doktor	27.09.2022	30 dk	Yüzyüze
K11	26	Konya	Önlisans	Evli	Ev hanımı	1	Kamu Hastanesi	10.09.2022	Ebe/Doktor	23.09.2022	48 dk	Yüzyüze
K12	27	Konya	Lisans	Evli	Ev hanımı	1	Özel Hastane	17.08.2022	Doktor	23.09.2022	37 dk	Yüzyüze
K13	27	Konya	Ortaokul	Boşanmış	Ev hanımı	2	Kamu Hastanesi	17.08.2022	Ebe	27.09.2022	46 dk	Yüzyüze
K14	27	Konya	Lisans	Evli	Öğretmen	2	Kamu Hastanesi	09.09.2022	Ebe	27.09.2022	29 dk	Yüzyüze
K15	23	Konya	İlkokul	Evli	Ev hanımı	2	Kamu Hastanesi	09.09.2022	Ebe/Doktor	26.09.2022	46 dk	Online
K16	33	Adana	Lisans	Evli	Grafik tasarımı	1	Özel Hastane	29.09.2022	Doktor	05.10.2022	39 dk	Yüzyüze

Bir sağlık kuruluşunda vajinal doğum yapmış, doğum sonu altı hafta içerisinde olan lohusalara, literatür doğrultusunda hazırlanmış yarı yapılandırılmış gürüşme formu ile vajinal doğum hikayelerinin nasıl başladığı ve doğum eylemi esnasında aldıkları bakımı nasıl algıladıklarına yönelik cevaplar, betimsel istatistik yöntemiyle analiz edilmiş ve saygılı annelik bakımını ifade eden maddeler alt tema olarak belirlenmiştir.



**şekil 4. 1.** Doğumda Saygılı Annelik Bakımına ait alt temalar

Doğumda Saygılı Annelik Bakım tanımına uygun ölçek maddeleri geliştirebilmek için DSÖ'nün SAB tanımından yola çıkarak ilk aşamada dört alt tema oluşturulmuştur. Nitel çalışmaya katılan kadınların ifadeleri bu alt temalar dikkate alınarak seçilmiştir (şekil 4.1.). Doğumda Saygılı Annelik Bakımı'nın dört alt temasının altında ölçek maddesi olabilecek 431 ifade listelenmiştir. Daha sonra bu ifadeler belli kodlar/maddeler altında birleştirilmiştir. Her alt temaya ait kodlar/maddeler Tablo 4.2., 3., 4., 5.'de gsterilmiştir.

**Tablo 4. 2.** Birinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
1	Doğum yaptığım oda bana özeldi.	Doğum odamda kendime ait tuvalet, duş imkânım vardı (K2,6,8,9,16). Doğum odam çok konforluydu (K11,15). Doğum odam ve sancı odam aynı odaydı ve bana özeldi (K3,6,7). Doğum odam temiz ve bana özeldi (K2,3,6,7,9,11,14,15).
2	Doğum odamda kendime ait tuvalet, duş imkânım vardı.	Doğum odamda herşeyim bana aitti (K11). Doğum ağrısı çektiğim odada birden fazla yatak vardı (K1,4). Doğumum sırasında diğer odalardaki kadınların acısını gördüğüm için doğumdan korktum (K4). Doğumhanede yatakların arası sadece perde ile bölünüktü (K1).
3	Doğumum boyunca yatağım hiç değişmedi.	Doğumum boyunca yatağım hiç değişmedi (K7). Doğumumu kendi yatağımda yaptım ben sadece bacaklarımı araladım (K7). Doğum anında yattığım yatak doğum masası haline getirildi (K11). Kendi yatağımda doğum yapmak pozisyon açısından daha rahat oldu (K8). Doğumumu çatal (jinekolojik masa)'da yapmak beni rahatsız etti (K14). Doğum masası (çatala) çıkarken çok çekindim, utandım, sıkıldım (K4).
4	Doğumumu çatal (jinekolojik masa)'da yapmak beni rahatsız etti.	Doğum masası beni hep ürkütmüştür (K1). O çatala çıktığımda ağrı tamamen kayboldu (K3). İkide bir o çatala (doğum masasına) çıkmak sinirimi bozuyordu (K4). Yatağımdan çatala kadar yürümemin doğumu kolaylaştırdığını düşünüyorum (K16). Doğumum sırasında doğum masasına gitmek çok zordu (K5). Doğum ağrısını çektiğim yer ile doğum yaptığım yer farklı idi (K2).
5	Doğumumda bana yapılan muameleyi hak etmedim.	
6	Beni aşağılayıcı şekilde davrandı.	Doğumumda bana yapılan muameleyi hak edecek ben ne yaptım (K13)? Doğumumda ebem/doktorum beni aşağılayıcı şekilde davrandı (K13).
7	Normal doğum yaptığıma pişman oldum.	Normal doğum yaptığıma pişman oldum (K16).

**Tablo 4.2.** Birinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
8	Mahremiyetime benden çok dikkat etti.	Ebem/doktorum, mahremiyetime benden çok dikkat etti (K11). Üzerimi aynı zamanda çarşaf ile kapatıyorlardı (K1). Doğumda insanın kendi bacaklarını görmesi bile rahatsız ediyor (K3). Doğum masasına çıkana kadar üzerimi bile açmadılar, örtü örttüler (K8).
9	Hastane benim duygularıma ve mahremiyetime saygı gösterdi.	Hastane benim duygularıma ve mahremiyetime saygı gösterdi (K7). Altan muayene yapılacağı zaman hemen perdeyi örtüyorlardı (K6). Ebem/doktorum, alttan (vajinal) muayene yapılacağı zaman odada bulunanları çıkardı (K7).
10	Doğum anında çok kalabalık bir ekip beni izledi.	Doğum odamın kalabalık olması doğumumu etkiledi (K14,15).
11	Doğum odamı sürekli izin alarak temizlediler.	Doğum anında çok kalabalık ekibin olması beni rahatsız etti (K14).
12	Odama kapıyı tıklararak giriyorlardı.	
13	Doğumda yanımda olmasını istemediğim kişiler de doğum odama girebildi.	Doğum odamı sürekli izin alarak temizlediler (K11). Doğumhane çalışanları odaya girerken kapıyı tıklararak giriyorlardı (K7). Odama yabancı biri girmeden önce (anesteziist, yakınım) müsait olup olmadığımı kontrol ettiler (K12). Doğumda yanımda olmasını istemediğim kişilerin odama girip çıkmaları rahatsız ediyordu (K12).
14	Müdahale etmek için iznimi istedi.	Ebem/doktorum müdahale etmek için iznimi istedi (K3). Ebelerim/doktorum benden izin isteyip stajyer ebeye vajinal muayene yaptırıldılar (K8).

Tablo 4.2.'da katılımcıların, doğum eylemleri sırasında yaşadıkları, onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan veya korumayan müdahaleler genel ifade altında toplanarak kodlar oluşturulmuştur. Katılımcılar doğum odası, mahremiyet, doğuma eşlik edenler ve gizliliği bozan veya sağlayan müdahaleler ile ilgili ifadeler belirtmiştir.

**Tablo 4. 3.** İkinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
1	Doğumumda kendimi huzurlu hissettim.	Ebelerim sadece benim iyiliğimi düşünen, beni rahatlatmaya çalışan insanlardı (K1). Ebem doğum anında beni çok rahatlattı (K14). Doğumumda kendimi huzurlu hissettim (K3). Ebemin/doktorumun yaklaşımları beni rahatlatıcı şekildeydi (K2,3, 16).
2	Benimle konuşması meditasyon gibi geldi.	Doğum çevrem konforlu olmasa da ebelerimin/doktorumun davranışları bütün algımı değiştirdi (K1). Ebelerimin/doktorumun iletişim şekli sadece benim iyiliğimi düşünen dostlarımın bana konuştuğu tarzda idi (K1).
3	İletişim şekli, benim iyiliğimi düşünen dostlarımın bana konuştuğu tarzda idi.	Bana karşı gösterdikleri güzel iletişim, tatlı dil, güler yüz beni rahatlattı (K10). Ebemin/doktorumun bana konuşması meditasyon gibi geldi (K11). Ebeler beni rahatlattılar (K16). Ebelerim sadece benim iyiliğimi düşünen, beni rahatlatmaya çalışan insanlardı (K1).
4	Doğum yapan tüm kadınlara aynı anlayışla davrandı.	Ebem doğum eylemim boyunca bana karşı çok anlayışlıydı (K9). Ebemin/doktorumun yaklaşımları beni rahatlatıcı şekildeydi (K10,16). Ebemin/doktorumun davranışları sadece bana özelmış gibi değildi (K1,3).
5	Doğumumda keşke demedim.	Doğumumda keşke demedim (K3).
6	Doğum yapmaktan çok zevk aldım.	Doğum yapmaktan çok zevk aldım (K7).
7	Bir daha asla normal doğum yapmak istemem.	Bir daha asla normal doğum yapmak istemem (K13).
8	Doğumum esnasında doğuracağım varsa da doğurmak istemedim.	Doğumum esnasında doğuracağım varsa da doğurmak istemedim (K13).
9	Yüz ifadesi iğrenme tarzında idi.	Ebelerimin/doktorumun yüz ifadesi iğrenme tarzında idi (K13).
10	Gerçekten bu işi yapmak istediğine emin değilim.	Ebemin/doktorumun gerçekten bu işi yapmak istediğine emin değilim (K13).
11	O hastaneye başka bir yakınımın/arkadaşımın gitmesini asla istemem.	O hastaneye başka bir yakınımın/arkadaşımın gitmesini asla istemem (K13). Elimde olsaydı başka bir hastaneye gitmek isterdim (K13).
12	Beni sürekli azarladı.	Doğum eylemim boyunca sürekli azarlandım (K13).

**Tablo 4.3.** İkinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
13	Epizyotomi (doğum kesisi) açmamak için son ana kadar uğraştı.	Ebem/doktorum epizyotomi (kesi) açmamak için son ana kadar uğraştı (K1). Epizyotomi (kesi) açmamak için son ana kadar bekledim (K1). Doktorum dikişsiz doğum yaptırdığı için tercih ettim (K5). Ebem çıkım anında dikişim olmaması için çok yardım etti (K6). Ebem/doktorum epizyotomiye her ihtimale karşı açtıklarını söyledi (K11).
14	Doğum eylemim sırasında uzun süre beslenmedim.	Doğum sürecim boyunca yeme içmeye izin verdiler (K11,12). Doğum olacağı için ne olur ne olmaz diye belki sezaryene alınır diye yemeği kestiler (K3). Doğum sürecim boyunca bir şeyler yememe, su içmeme müsaade edilmediği için doğum sonu bitkin düştüm (K14). Doğumunda aşırı susanmışım, çok su istedim ancak kimse bana su vermedi (K14). Doğumunda hem uykusuz hem aç, enerjisiz olunca doğumuma yansıdı (K14).
15	Bana kendi ailesinden biriymişim gibi davrandı.	Ebelerim/doktorum, bana kendi ailelerinden biriymişim gibi davrandı (K7). Ebeler annem/kız kardeşim gibilerdi (K4). Tüm doğumhane personeli kendi yakınlarına destek çıkar gibi destek çıktılar (K11). Ebemin bana kızı gibi yaklaşımı beni mutlu etti (K3).
16	Nst'ye sürekli bağlamayın diye yalvarıyordum.	Nst'ye bağladılar ama ben duramadım ağrım o kadar çok şiddetliydi ki (K13). Ben acı çekerken nst'ye bağlı olmak acımı daha fazla artırdı (K9). Nst'ye bağlanması beni çok rahatsız etti (K6). Sancılarım sırasında hareketsiz durabilmem mümkün değildi, bu nedenle nst sürekli kayıyordu (K10). Nst de iken normal durmaya çalışıp sancı çekmek yıpratıcıydı (K1). Nst'nin amacını bildiğim için sürekli olması beni rahatsız etmedi (K12, 14). Ebemin gösterdiği fedakarlığa karşılık bende nst'ye sabredebildim (K10).
17	Doğumhanede diğer odalardaki bağırışlar odama kadar geliyordu.	Doğumhanede bağırın, çığlık atan kadınların olması beni çok fazla gerdi (K14). Diğer odalardan bağırma, çığlık sesleri geliyordu (K8).
18	Oldukça nazikti.	Ebelerim/doktorum oldukça nazikti (K10). Ebelerden yana şansım çok iyiydi (K4). Ebem doğum anında bana güzel şeyler hissettirdi (K15).
19	Bana isimle hitap etti.	Ebelerim bana isimle hitap etmiyordu (K13).

**Tablo 4.3.** İkinci alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
20	Doğumuma müdahale eden herkes bana karşı saygılıydı.	Doğumuma müdahale eden herkes bana karşı saygılıydı (K14).
21	Sürekli alttan (vajinal) muayene yaptı.	Alttan (vajinal) muayeneyi ilk yaşadığımda ne olduğunu bilmiyordum (K9). Vajinal muayeneyi ilk yaşadığımda acı çekmişim (K9). Alttan muayene yapan ebemin/doktorumun tırnağı uzundu (K13). Doğum sırasında vajinal muayene yaparken çok korktum, gergindim (K4).
22	Alttan muayene yapan ebemin/doktorumun tırnağı uzundu.	Doğumumda çok sık çatı muayenesi yapıldı (K14). Ebem/doktorum vajinal muayene yapmak istediğinde beni zorlamadı, benim seçimime saygı duydu (K12). Ebelerim sürekli vajinal muayene etmek istemediler (K7).
23	Alttan (vajinal) muayeneyi ilk yaşadığımda ne olduğunu bilmiyordum.	İkınma hissim olmadığı için ebem alttan muayene etmiyordu (K7). Vajinal muayene öncesi rahatlamam için bana zaman tanıdı (K6). Vajinal muayene sırasında ebem/doktorum beni çok fazla zorladı (K13). Ebem alttan (vajinal) muayene yapmak istediğinde beni zorlamadı (K12).

Katılımcıların zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan bakım algıları Tablo 4.3.'da belirtilmiştir. Bu alt temaya ait 23 kod/madde oluşturulmuştur. Katılımcılar bu alt temada; ebe/doktor yaklaşımları, anlayış veya anlayışsızlığı, kadınların kendini iyi veya kötü hissettiği müdahalelerden bahsetmiştir (Tablo 4.3.).

**Tablo 4. 4.** Üçüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
1	Doğumumu önerileri doğrultusunda yönetebildim.	Doğumumu ebemin/doktorumun önerileri doğrultusunda yönetebildim (K14). Ebem/doktorum doğumumu o kadar güzel yönetti ki; ıkınmamdan nefes almamdan herşeyiyle mükemmeldi (K7). Ebelerim ağrılarımı baş edebilmem için önerilerde bulundu (K2,4). Doğumda ebelerimin önerdiği her şeyi yaptım ve sancımı o şekilde yönettim (K7). Doğumuma müdahale eden herkes bana karşı ilgiliydi (K4). Ebeler bana karşı oldukça yakın davrandılar (K4). Ebeler doğumumda çok yardımcı oldu (K3). Ağrılarımı mücadele edebilmem için ebem farklı yöntemler önerdi (K4,7). Ağrılarım sırasında ebem ile birlikte hareketler (egzersiz) yaptık (K2).
2	Doğum ağrıyla baş edebilmem için farklı yöntemler önerdi.	Zorlu ve uzun geçen doğum eylemim boyunca ebem/doktorum sürekli destek oldu (K1,12). Ebelerim doğumum sırasında benimle dua ettiler, elimi tuttular (K5). Ebelerim/doktorum benimle birlikte dua okudu (K1).
3	Sadece işlem yapmak için odaya giriyordu.	Hastane yatış prosedürlerini çalışanlar halletti (K3). Doğumhane ekibi sürekli benimle ilgilendi, bana masaj ve egzersizler yaptırdılar (K11). Ebem/doktorum kıyafetlerimi çıkarmama yardım etti (K15).
4	Hastaneye yatışından doğum sonuna kadar her şeyimle ilgilendi.	Doğum sürecimde yakınım (eşim, annem vs.) yanımda idi (K1,11). Doğum sırasında yakınlarımı (eş, anne vb.) doğum odasına almıyorlardı (K4). Pilates topunun üzerinde hareketler yaparken yakınım (eş, anne vs.) sırtıma masaj yaptı (K7). Sancılarım sırasında eşimin/yakınımın elimden tutması manevi destek sağladı (K8). Eşimin yanımda olması, elimi tutması büyük bir destekti (K7). Eşimin/yakınımın yanımda olmasını, elimi tutmasını isterdim (K5). Doğumum sırasında kimsem yoktu yanımda, kendimi yalnız hissettim (K6,13,14). Gözlerimi açtığımda karşımda eşimi/yakınımı gördüğümde çok mutlu oldum (K15). Doğumhaneden çıkana kadar hiçbir yakınımı görmedim (K14). Eşimi/yakınımı çağırmak istediğimde "bayılırsa sorumluluk kabul etmiyoruz" dediler (K15). Doğumum sırasında hiçbir yakınımı yanıma almadılar (K1,6,14).
5	Hastaneye yatış işlemlerimi kendim yaptırdım.	
6	Doğum sürecimde yakınım (eşim, annem vs.) yanımda idi.	



**Tablo 4.4.** Üçüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
7	Onun/onların sayesinde doğumda gücümü hissettim.	Doğumhane çalışanları bana güçlü olduğumu hissettirecek cümleler kurdu (K2,9). Ebem doğum anında bana "sen çok güçlü bir kadınsın" dedi (K9).
8	O/onlar tarafından takdir edildim.	Ebelerim/doktorum "herkes yapıyor sen de yapacaksın" diyerek sürekli destek oldular (K11). O/onlar tarafından takdir edildim (K2). Ebelerimin/doktorumun hakkını ödeyemem (K7).
9	Her istediğimde yanımda oldu.	Ebem/doktorum her istediğimde yanımda oldu (K10). Ebe yanımdan hiç ayrılmadı, elimi tuttu, elini çeken ne yapıyorsun diyen bile olmadı (K11).
10	Ona dokunmama (elini tutmama vs.) izin verdi.	Ebem her seslendiğimde direk yanıma geliyordu (K1). Ebem son anda başımdan hiç ayrılmadı (K11). Ebem/doktorum ona dokunmama (elini tutmama vs.) izin verdi (K7,11).
11	Kendimi ifade ederek doğum yaptım.	Ebem/doktorum ile çok rahat konuşarak, kendimi ifade ederek doğum yaptım (K1,7). Doğum anında kendimi ifade edebiliyordum (K1,2,7,8,10).
12	Normal doğum yapmam için bana sürekli destek oldu.	Ebem/doktorum normal doğum yapmam için bana sürekli destek oldu (K12). Ebem/doktorum normal doğum yapabileceğim konusunda muallakta olsaydı sezaryeni seçebilirdim (K10).
13	Doğum ortamını daha önce bilmenin verdiği bir rahatlık vardı.	Tanımadığım kişiler ile doğum yapmak zorunda olsaydım rahat edemezdim(K3). Doğumuma yardımcı olan ebeyi tanımıyorum (K2,9). Doğumhanede bana müdahale edecek tüm ekip kendini tanıttı (K10).
14	İsmi/isimlerini biliyordum.	Ebelerim sürekli değiştiği için tanıyamadım (K5). Doğumda bana destek olan ebemi tanıdığım için kendimi daha rahat hissettim (K3). Ebelerimi tanıyor olmak yüksek derecede güven hissi uyandırdı (K8). Doğum ortamını daha önce bilmenin verdiği bir rahatlık vardı (K8).
15	Doğum sürecimi takip eden ve doğumumu yaptıran ebem/doktorum farklı idi.	Doğum sürecimi takip eden ve doğumum yaptıran ebem/doktorum farklı idi (K14). İkınmalarım başladıktan sonra farklı bir ebe ile tanıştım (K14).

**Tablo 4.4.** Üçüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
16	İşlemleri uygulamadan önce bilgilendirme yaptı.	Doğumumun her aşamasında yapılan uygulamalar ile ilgili bilgilendirme yapıldı (K7). Ebem/doktorum doğum eylemim boyunca hep açıklayıcı oldu (K11). Doğumumla ilgili uygulanacak tüm prosedürler ebem tarafından açıklandı (K11).
17	İşlemleri uygulamadan sonra bilgilendirme yaptı.	Ebem yaptığı işlemleri açıklayarak uyguladı (K2). Doğum sırasında yapılan girişimler konusunda bilgilendirilmedim (K14,15). Ebelerim kendi işlerini bana sormadan yapıp geçiyordu (K9).
18	Doğumumun ilerlemesi konusunda sürekli bilgilendirildim.	Doğum anında bilmem gerekenleri ebeler detaylı şekilde anlattılar (K7). Doğumumun ilerlemesi konusunda sürekli bilgilendirildim (K7,8,12,14).
19	Benim için orada olduğunu bana hissettirdi.	Ebelerim/doktorum benim için orada olduklarını bana hissettirdi (K7).
20	Doğumum sırasında sürekli telefonu ile ilgilendi.	Ebem/doktorum doğumum sırasında sürekli telefonu ile ilgilendi (K15).
21	Doğum anında istediğim şeyleri asla yapmadılar.	Doğumhanede beni asla kimse dinlemedi (K13). Doğum anında istediğim, söylediğim şeyleri asla yapmadılar (K13).
22	Sorularımı rahatça sorabildim.	Ben ve yakınım sorularımızı ebeme/doktoruma rahatça sorabildik (K10).
23	Refakatçim sorularımı rahatça sorabildi.	Ben ve yakınım sorularımızı ebeme/doktoruma sorarken çekindim (K4).

Katılımcıların 3. alt tema olan eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan veya sağlamayan bakım algıları Tablo 4.4.'de belirtilmiştir. Bu alt temada 23 kod/madde listelenmiştir. Bu kod/maddeler; kadınların bilinçli seçim yapmalarını sağlayacak bilgilendirmeler, kendini ifade etmeleri ve soru sorabilmelerinin sağlanması, aynı zamanda ebe/doktorun desteğinin kadının seçimleri, ağrı ile baş etmede önemini gösteren ifadelerdir.

**Tablo 4.5.** Dördüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
1	Doğum anında sırtım daha dik pozisyona getirildi.	Ayağa kalkıp yürüyünce ağrıyı daha kolay atlatıyorsun (K7). Doğumda yarı oturur pozisyonda daha rahat ıkınabiliyordum (K14). Doğum anında sırtım daha dik pozisyona getirildi (K11).
2	Doğum odamı kendi görmek istediğim şekilde düzenledim.	Doğum odamı kendi görmek istediğim şekilde düzenledim (K15).

**Tablo 4.5.** Dördüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
3	Doğumum sırasında sıcak duşa girebilmeyi isterdim.	Doğumum sırasında sıcak duşa girebilmeyi isterdim (K5). Suda doğum yapmayı isterdim (K5). Karın ve sırt bölgeme ılık su uygulamak beni inanılmaz rahatlatmıştı (K7).
4	Doğumumda/doğum sonu dönemde yaşadığım sorunlar ile çok hızlı ilgilenildi.	Doğumumda/doğum sonu dönemde yaşadığım sorunlar ile çok hızlı ilgilenildi (K6). Doğum sonu kanamam hiç kontrol edilmedi (K4).
5	Doğum sonu kanamam hiç kontrol edilmedi.	Bebeğimi ilk kez göreceğim an duygusal, maneviyatı yüksek bir an olması gerekirken kaygı dolu geçti (K16). Doğumumun son anları duygusallığa odaklanmadan kaygıyla geçti (K16).
6	Kendimi güvende hissetmemi sağladı.	Ebem/doktorum kendimi güvende hissetmemi sağladı (K10). Ebem/doktorum normal doğum konusunda beni rahatlatmıştı için güven duygusu oluşmuştu (K2). Doğumhanedeki o süreçte çok güzel destek oldukları için ebelerime sonsuz güvendim (K11). Doğumumda yapılan tüm müdahaleler benim için gerekli idi (K7). Ebemin/doktorumun yaptığı uygulamalar benim yararına olan şeyler olduğu için rahatsız etmedi (K14). Kendimi hastane ortamında daha güvenli hissettim (K10,11,12,16).
7	Doğum öncesi ebem/doktorum perine masajı (doğum yolu ve çevresine genelde zeytinyağı vb. yağlar ile yapılan masaj) yaptı.	Doğum öncesi ebem perine masajı yaptı (K8).
8	Bebeğin çıkım anındayken sakin sakin beni yönlendirdi.	Ebem/doktorum bebeğin çıkım anında sakin sakin beni yönlendirdi (K8). Doğum anında ebemin beni yönlendirmesi nedeniyle doğumumda çok zorlanmadım (K14). Doğumhane, ebeler hepsi çok sakindi (K8).
9	Gülmem ve rahatlamam için espriler yaptı.	Ebem/doktorum gülmem ve rahatlamam için espriler yaptı (K2).
10	İlk başlardaki motive ediciliğinin son zamanlarda gerginliğe dönüştüğünü hissettim.	Ebemin/doktorum ilk başlardaki motive ediciliği son zamanlarda gerginliğe dönüştüğünü hissettim (K16).
11	Doğumhanede sürekli doğum masası, ilaçlar, steril malzemeleri görmek beni daha fazla gerdi.	Doğumhanede sürekli doğum masası, ilaçlar, steril malzemeleri görmek beni daha fazla gerdi (K12).
12	Doğumumdaki bir insan olarak sahip olduğum haklarımın hepsine sahiptim.	Doğumumdaki bir insan olarak sahip olduğum haklarımın hepsine sahiptim (K12).
13	Doğum ağrılarımı yalnız baş ettim	Sancılarımla yalnız baş ettim (K6).

**Tablo 4.5.** Dördüncü alt temaya ilişkin kodlar ve katılımcıların ifadeleri (devam ediyor)

SN	Kodlar/Maddeler	Katılımcı İfadeleri
14	Neyi nasıl yapacağımı çok iyi biliyordum.	Ebelerim/doktorum neyi nasıl yapacaklarını çok iyi biliyorlardı (K3). Ebelerim yılların tecrübesi, neyi nasıl yapacaklarını çok iyi biliyorlardı (K3).
15	Sorabileceğim bütün cevapları ben sormadan söylüyordum.	Ebe/doktorum sorabileceğim bütün cevapları ben sormadan söylüyordu (K10).
16	Doğum ağrısı sürecinde telefonum yanımda olduğu için sürekli yakınlarım/arkadaşlarımdan destek aldım.	Sancı sürecinde telefonum yanımda olduğu için sürekli arkadaşlarımdan destek aldım (K11). Doğum anında telefonumun yanımda olması beni mutlu etti (K9).
17	Refakatçim için ayrı bir dinlenme odası vardı.	Doğum odasında refakatçimin konforu da düşünülmüştü (K15).
18	Sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki konuşmalarından dolayı yanlış giden bir şeyler olduğu düşünüp strese girdim.	Sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki konuşmalarından dolayı yanlış giden bir şeyler olduğu düşünüp strese girdim (K16). Ebe/doktorumun yüzündeki tedirginlik beni de tedirgin etti (K16). Ebe ve doktorumun kendi aralarındaki konuşmaları beni endişelendirdi (K16).
19	Bebeğimle ilk iletişimi kurmamda yardımcı oldu (bebeğimi karnıma yatırdı).	Bebeğimin kordonunu eşim kesti, baba olduğunu hissettirdi (K7).
20	Bebeğimin göbek kordonunu bana/yakınıma/eşime kestirdi.	Bebeğimin göbek kordonunu bana/yakınıma/eşime kestirdiler (K8).
21	Doğum odasının penceresi yoktu/açılmıyordu.	Doğum odasının penceresi yoktu/açılmıyordu (16). Doğum odamda pencere açma ihtiyacım oldu (K16). Doğumum sırasında penceremin açılmaması beni rahatsız etti (K5).
22	Doğumda ihtiyacım olan tüm malzemelerimi evimden getirebildim.	Doğumum sırasında dışarıdan canımın istediği yiyeceklerin/içeceklerin gelmesine izin verdiler (K11).
23	Doğumum sırasında dışarıdan canımın istediği yiyeceklerin/içeceklerin gelmesine izin verdiler.	Doğumum sırasında yiyecek içecek konusunda istediğinizi getirebilirsiniz dediler (K15).

Tablo 4.5.'de katılımcıların organize edilebilen ve sağlanan bakım algılarına ilişkin kodlar/maddeler gösterilmiştir. Bu maddeler; doğum eylemi boyunca ebe/doktorun yapabileceği, kadının refahını artıran müdahaleleri içermektedir. Toplamda 83 madde ile araştırmanın ikinci aşamasına geçiş yapılmıştır.

## 4.2. 2.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Ölçek Geliştirme Çalışması

### 4.2.1. Madde geliştirme

#### 4.2.1.1. 1.Adım İlgili alanlarının belirlenmesi ve madde üretimi: Hangi öğelerin sorulacağını seçme

Araştırmanın birinci aşamasındaki madde havuzundan oluşturulan 83 maddelik taslak ölçek kesin ve anlaşılır bir ayırım için üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

- Doğumunuzda sizinle ilgilenen, doğumunuza yardımcı olan sağlık profesyoneli (ebe, doktor)
- Doğum odanız, ortamınız ve doğum masanız
- Doğumda size sunulan bakım ve hizmetler

#### 4.2.1.2. 2.Adım İçerik geçerliliği: Maddelerin ilgi alanını yeterli bir şekilde ölçüp ölçülemediğini değerlendirme

Taslak ölçek 18 uzman tarafından Davis tekniğine uygun değerlendirildi. Uzman görüşü sonrası her madde için Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır (Tablo 4.6.), KGİ değeri 0,80'den daha az puana sahip (Gökmen, 2017; Karakoç & Dönmez, 2014); 3,4,5,19,37,38,42,45,56,60,61,62,65,67,74,79 ve 82.maddeler çıkarılmıştır. Aynı zamanda algı ölçemeyen, doğum sonu bakım içeren, anlaşılmayan ve benzer olan; 7,9,11,13,14,16,20,31,33,34,35,48,49,53,54,57,58,63,68,71,72,77,83 maddeler taslak ölçeğe alınmamıştır (Tablo 4.6).

**Tablo 4. 6.** Uzman değerlendirmesi doğrultusunda madde havuzu KGİ değerleri

Madde	A	B	C	D	KGİ	Taslak Ölçek Madde Numarası	Madde	A	B	C	D	KGİ	Taslak Ölçek Madde Numarası
1	13	4	1	0	0,94	Madde 1	43	14	3	0	1	0,94	Madde 24
2	12	6	0	0	1	Madde 2	44	16	0	1	1	0,89	Madde 25
3	11	2	1	4	0,72	Çıktı	45	14	0	2	2	0,78	Çıktı
4	12	2	2	2	0,78	Çıktı	46	16	2	0	0	1	Madde 26
5	12	2	1	3	0,78	Çıktı	47	14	3	1	0	0,94	Madde 27
6	18	0	0	0	1	Madde 3	48	13	2	0	3	0,83	Çıktı
7	12	3	1	2	0,83	Çıktı	49	15	1	1	1	0,89	Çıktı
8	9	7	0	2	0,89	Madde 4	50	15	2	0	1	0,94	Madde 28
9	17	0	0	1	0,94	Çıktı	51	11	5	0	2	0,89	Madde 29
10	18	0	0	0	1	Madde 5	52	18	0	0	0	1	Madde 30
11	18	0	0	0	1	Çıktı	53	17	1	0	0	1	Çıktı

**Tablo 4.6.** Uzman değerlendirmesi doğrultusunda madde havuzu KGİ değerleri  
(devam ediyor)

Madde	A	B	C	D	KGİ	Taslak Ölçek Madde Numarası	Madde	A	B	C	D	KGİ	Taslak Ölçek Madde Numarası
12	15	2	0	1	0,94	Madde 6	54	15	1	0	2	0,89	Çıktı
13	13	2	0	3	0,83	Çıktı	55	16	1	0	1	0,94	Madde 31
14	15	3	0	0	1	Çıktı	56	10	2	2	4	0,67	Çıktı
15	18	0	0	0	1	Madde 7	57	15	2	0	1	0,94	Çıktı
16	12	3	0	3	0,83	Çıktı	58	16	1	0	1	0,94	Çıktı
17	10	7	0	1	0,94	Madde 8	59	16	0	1	1	0,89	Madde 32
18	14	2	0	2	0,89	Madde 9	60	12	2	2	2	0,78	Çıktı
19	9	4	2	3	0,72	Çıktı	61	12	1	1	4	0,72	Çıktı
20	15	0	0	3	0,83	Çıktı	62	13	1	0	4	0,78	Çıktı
21	14	3	1	0	0,94	Madde 10	63	13	2	0	3	0,83	Çıktı
22	15	1	1	1	0,89	Madde 11	64	18	0	0	0	1	Madde 20
23	14	3	0	1	0,94	Madde 12	65	10	3	1	4	0,72	Çıktı
24	16	2	0	0	1	Madde 41	66	16	0	0	2	0,89	Madde 33
25	11	6	0	1	0,94		67	12	2	1	3	0,78	Çıktı
26	15	1	0	2	0,89	Madde 13	68	14	1	0	3	0,83	Çıktı
27	14	3	1	0	0,94	Madde 14	69	17	1	0	0	1	Madde 34
28	17	1	0	0	1	Madde 15	70	17	1	0	0	1	Madde 42
29	16	1	0	1	0,94	Madde 16	71	13	2	0	3	0,83	Çıktı
30	18	0	0	0	1	Madde 17	72	13	2	1	2	0,83	Çıktı
31	16	1	0	1	0,94	Çıktı	73	11	2	0	5	0,72	Madde 38
32	14	3	1	0	0,94	Madde 18	74	11	0	1	6	0,61	Çıktı
33	16	2	0	0	1	Çıktı	75	15	0	1	2	0,83	Madde 35
34	14	1	0	3	0,83	Çıktı	76	18	0	0	0	1	Madde 36
35	14	2	0	2	0,89	Çıktı	77	16	1	0	1	0,94	Çıktı
36	15	0	0	3	0,83	Madde 19	78	16	0	1	1	0,89	Madde 37
37	10	4	1	3	0,78	Çıktı	79	13	1	1	3	0,78	Çıktı
38	12	2	1	3	0,78	Çıktı	80	13	3	0	2	0,89	Madde 39
39	15	1	1	1	0,89	Madde 43	81	14	3	0	1	0,94	Madde 40
40	17	1	0	0	1	Madde 21	82	12	1	1	4	0,72	Çıktı
41	15	1	1	1	0,89	Madde 22,23	83	15	0	1	2	0,83	Çıktı
42	14	0	2	2	0,78	Çıktı							

A-Madde özelliği temsil ediyor, B-Maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var, C-Maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var, D-Madde özelliği temsil etmez, KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

24 ve 25. maddeler birleştirilmiş ve 73.madde KGİ değeri 0,80'nin altında olsa da araştırmacılar tarafından düzenlenerek ölçekte bulunmasına karar verilmiştir. 41. madde iki ayrı fikir içerdiği için ikiye ayrılmıştır. Diğer maddelerde uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlenmiş ve nihai taslak ölçek 43 maddeden oluşmuştur (Ek 10.)

#### 4.2.2. Ölçek geliştirme

##### 4.2.2.1. 3.Adım Ön test soruları: Soruların ve cevapların anlamlı olduğundan emin olma

Taslak ölçek maddelerinin anlamlı olduğundan emin olmak amacıyla 5 kişiye uygulanarak zihinsel süreçlerini ifade etmeleri istenmiştir. Bu uygulama sonrasında 4,6,24.maddelerin daha anlaşılır olabilmesi için düzenleme yapılmıştır. 37.madde olumsuzdan olumluya çevrilmiştir.

##### 4.2.2.2. 4.Adım Anket yönetimi ve örneklem büyüklüğü: Doğru kişilerden yeterli verinin toplanması

Nihai taslak ölçek örnekleme uygulanmadan önce araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 30 lohusaya uygulanmıştır.

**Tablo 4. 7.** Pilot çalışma Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı

Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
0,953	43

Pilot uygulama sonrası ölçek Cronbach Alpha katsayısı  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  arasında “yüksek derecede güvenilir” olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.7.).

**Tablo 4. 8.** Pilot çalışma toplam madde istatistikleri

Ölçek Maddesi	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	Madde Silinirse Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach Alfası
1	158,8333	1071,523	,274	,954
2	158,6000	1070,938	,296	,954
3	158,8000	1032,028	,849	,951
4	158,6667	1051,609	,557	,952
5	158,8333	1064,144	,503	,953
6	158,9000	1055,128	,627	,952
7	159,2667	1024,064	,789	,951
8	158,7667	1030,530	,886	,951
9	158,8333	1022,557	,858	,951
10	158,8333	1051,316	,643	,952

**Tablo 4.8.** Pilot çalışma toplam madde istatistikleri (devam ediyor)

<b>Ölçek Maddesi</b>	<b>Madde Silinirse Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Silinirse Ölçek Varyansı</b>	<b>Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu</b>	<b>Madde Silinirse Cronbach Alfasi</b>
11	158,5333	1035,223	,856	,951
12	159,7667	1053,633	,440	,953
13	158,9000	1025,266	,859	,951
14	158,8000	1045,338	,559	,952
15	158,8333	1023,592	,810	,951
16	159,6000	1031,076	,657	,952
17	158,9667	1020,585	,784	,951
18	158,6333	1028,240	,892	,951
19	158,5667	1041,289	,853	,951
20	158,6333	1033,206	,823	,951
21	158,6000	1041,903	,647	,952
22	159,1667	1040,626	,532	,953
23	158,9333	1062,064	,353	,954
24	159,1667	1067,730	,278	,954
25	158,4000	1068,524	,591	,953
26	159,7000	1046,010	,530	,952
27	160,7333	1082,133	,111	,955
28	159,5667	1043,909	,477	,953
29	159,1000	1065,679	,332	,954
30	159,8667	1067,361	,244	,955
31	159,3333	1038,506	,630	,952
32	159,5667	1043,702	,486	,953
33	159,7667	1073,495	,175	,955
34	159,2667	1029,306	,644	,952
35	160,7000	1098,631	-,056	,956
36	158,8667	1043,085	,690	,952
37	160,2000	1052,234	,391	,954
38	159,0333	1045,689	,517	,953
39	158,9333	1033,926	,756	,951
40	159,9000	1043,679	,479	,953
41	158,9000	1026,645	,772	,951
42	158,9333	1027,857	,781	,951
43	159,0000	1028,897	,769	,951

Tablo 4.8.'de her bir soru çıkarıldığında ölçeğin genel güvenilirliğinde meydana gelen değişimi göstermektedir. “Madde Silinirse Cronbach Alfasi” kısmını incelediğimizde tüm soruların güvenilirliğinin gayet yüksek olduğu ve herhangi bir



madde çıkarımına gidilmemesi gerektiğine karar verilmiştir. Taslak ölçeğin bu şekli ile asıl örneklem grubuna uygulanması uygun bulunmuştur.

**Tablo 4. 9.** Katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgiler (n=437)

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Medeni durum	Evli	436	99,8
	Bekar	1	0,2
Evlenme yaşı	18 yaş ve altı	81	18,5
	19 yaş ve üzeri	356	81,5
Aile tipi	Çekirdek aile	350	80,1
	Geniş aile	87	19,9
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	62	14,2
	Ortaokul mezunu	114	26,1
	Lise mezunu	123	28,1
	Üniversite mezunu	130	29,7
	Lisansüstü mezunu	8	1,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	88	20,1
	Çalışmıyor	349	79,9
Sosyal güvence	Var	311	71,2
	Yok	126	28,8
Gelir durumu	Gelir giderden az	96	22,0
	Gelir gidere denk	286	65,4
	Gelir giderden fazla	55	12,6
Son doğum şekli	Vajinal doğum	399	91,3
	Epidural-spinal anesteziyle doğum	38	8,7
Planlı gebelik	Evet	327	74,8
	Hayır	110	25,2
Gebelik sürecinde sağlık sorunu	Evet	79	18,1
	Hayır	358	81,9
Gebelik takibi	Evet	425	97,3
	Hayır	12	2,7
Doğum yaptığı yer	Tıp fakültesi hastanesi	10	2,3
	Doğumevi	206	47,1
	Şehir hastanesi-Eğitim/araştırma hastanesi	51	11,7
	Devlet hastanesi	125	28,6
	Özel hastane	44	10,3
Doğumu yaptıran kişi kimdi	Ebe	337	77,1
	Doktor	100	22,9
Doğuma hazırlık eğitim alma durumu	Evet	190	43,5
	Hayır	247	56,5
Yaş	Ortalama $\bar{x}$ SS	27,61 $\pm$ 5,41	
Toplam gebelik sayısı	Ortalama $\bar{x}$ SS	2,39 $\pm$ 1,43	
Toplam yaşayan çocuk sayısı	Ortalama $\bar{x}$ SS	2,02 $\pm$ 1,17	
Toplam düşük/ölü doğum sayısı	Ortalama $\bar{x}$ SS	0,34 $\pm$ 0,70	
Aile hekimine izlem sayısı	Ortalama $\bar{x}$ SS	4,10 $\pm$ 2,41	

Tablo 4.9.'da katılımcılara ilişkin demografik bilgilere (n, %, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) yer verilmiştir. Katılımcıların %99,8'inin evli, %0,2'sinin bekar olduğu, katılımcıların evlenme yaşları incelendiğinde %18,5'inin 18 yaş ve altında ve %81,5'inin 19 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Aile tipi incelendiğinde %80,1'inin çekirdek ailesi, %19,9'unun geniş ailesi olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların %14,2'si ilkokul mezunu, %26,1'i ortaokul mezunu, %28,1'i lise mezunu, %29,7'si üniversite mezunu, %1,8'inin lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu incelendiğinde, %20,1'inin çalıştığı, %79,9'unun çalışmadığı bulunmuştur. Katılımcıların %71,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %28,8'inin sosyal güvencesi olmadığı, %22'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %65,4'ünün gelirinin gidere denk olduğu, %12,6'sının gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır. Son doğum şekli incelendiğinde %91,3'ünün vajinal doğum yaptığı, %8,7'sinin epidural-spinal anesteziyle doğum yaptığı görülmüştür. Katılımcıların %74,8'i gebeliğinin planlı olduğu belirtirken, %25,2'si planlı olmadığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %18,1'i gebelik sürecinde herhangi bir sağlık sorunu yaşadığını, %81,9'u sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %97,3'ünün gebelik takibi yapıldığı, %2,7'sinin gebelik takibinin yapılmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %2,3'ü tıp fakültesi hastanesinde, %47,1'i doğumevinde, %11,7'si şehir hastanesi- eğitim/araştırma hastanesinde, %28,6'sı devlet hastanesinde, %10,3'ünün özel hastanede doğum yaptığı tespit edilmiştir. Doğumlarını %22,9'unu ebe, %77,1'inin ise doktorun yaptırdığı görülmüştür. Son gebeliğinde doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemiyle ilgili bir eğitim alma durumu incelendiğinde %43,5'inin eğitim aldığı, %56,5'inin ise eğitim almadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamasının  $27,61 \pm 5,41$ , minimum yaşın 19, maksimum yaşın ise 46 olduğu, toplam gebelik sayısı ortalamasının  $2,39 \pm 1,43$ , minimum 1, maksimum 10 olduğu, toplam yaşayan çocuk sayısı ortalamasının  $2,02 \pm 1,17$ , minimum yaşayan 0 maksimum 7 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların toplam düşük/ölü doğum sayı ortalamasının  $0,34 \pm 0,70$ , minimum 0, maksimum 5 olduğu, gebelik sırasında ortalama  $4,10 \pm 2,41$  kez aile hekimine izlem yaptırdığı, minimum 0, maksimum 10 kez izlem yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 4.9.).

**Tablo 4. 10.** Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğu

<b>KMO Değeri</b>	0,953
<b>Barlett's Test of Sphericity Ki Kare değeri</b>	8.096, 219
<b>Serbestlik derecesi</b>	325
<b>p</b>	0,001<0,05

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin, p<0.05 İstatistiksel Anlamlılık

Verilerin faktör analizine uygunluğu için Bartlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonuçları dikkate alınmıştır (Tablo 4.10.). KMO değeri 0,953 olarak bulunmuş ve bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için “oldukça iyi” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonu gösteren Bartlett test sonuçlarının ( $\chi^2=8.096,219$ ,  $sd=325$ ,  $p=0.001$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı olduğu ve değişkenler arasında korelasyon olduğu görülmüştür.

**Tablo 4. 11.** DAMDÖ ve taslak DSABÖ'nin toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

<b>Ölçekler ve Alt Boyutları</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama <math>\bar{x}</math> SS</b>	<b>Min- Max</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
<b>Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ)</b>	437	152,30 $\mp$ 26,60	72-213	-0,068	-0,006
<b>Sağlık Ekibini Algılayışı</b>	437	15,74 $\mp$ 3,86	4-20	-1,048	0,878
<b>Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı</b>	437	7,61 $\mp$ 2,16	2-10	-0,998	0,439
<b>Rahatlatma</b>	437	11,03 $\mp$ 3,99	4-20	0,289	-0,632
<b>Kararlara Katılım ve Bilgilendirme</b>	437	29,20 $\mp$ 7,35	8-40	-0,694	0,262
<b>Bebekle Tanışma</b>	437	9,27 $\mp$ 3,94	3-15	0,054	-1,225
<b>Postpartum Bakım</b>	437	21,70 $\mp$ 5,10	6-30	-0,543	0,127
<b>Hastane Odası</b>	437	15,57 $\mp$ 4,15	4-20	-1,168	1,061
<b>Hastane Olanakları</b>	437	10,70 $\mp$ 3,29	3-15	-0,645	-0,174

**Tablo 4.11.** DAMDÖ ve taslak DSABÖ'nin toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler (devam ediyor)

Ölçekler ve Alt Boyutları	n	Ortalama $\bar{x}$ SS	Min- Max	Çarpıklık	Basıklık
Mahremiyete Saygı	437	14,32 $\mp$ 3,68	4-20	-0,068	-0,919
Beklentilerin karşılanması	437	17,13 $\mp$ 3,97	5-25	-0,017	0,108
Doğuma Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ)	437	96,07 $\mp$ 20,42	31-130	0,617	0,448
Doğumda profesyonel destek	437	65,72 $\mp$ 14,33	17-85	-0,908	0,912
Doğum ortamının uygunluğu	437	15,22 $\mp$ 4,66	4-20	-0,877	-0,112
Doğumda bakım ve hizmetler	437	15,12-5,32	5-25	-0,096	-0,723

Veri analizi aşamasına geçmeden önce Doğuma Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ) ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ) toplam puanı ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. DAMDÖ toplam puanına ilişkin ortalama puanın 152,30 $\mp$ 26,60, minimum puanın 72, maksimum puanın 213, çarpıklık değerinin 0,068, basıklık değerinin -0,006, DAMDÖ sağlık ekibini algılayışı ortalama puanının 15,74 $\mp$ 3,86, çarpıklık değerinin -1,048, basıklık değerinin 0,878, DAMDÖ doğum eyleminde hemşirelik bakımı alt boyut puan ortalamasının 7,61 $\mp$ 2,16, çarpıklık değerinin -0,998, basıklık değerinin 0,439 olduğu, DAMDÖ rahatlatma boyutu puan ortalamasının 11,03 $\mp$ 3,99, çarpıklık değerinin 0,289, basıklık değerinin -0,632, DAMDÖ kararlara katılım ve bilgilendirme boyutu puan ortalamasının 29,20 $\mp$ 7,35, çarpıklık değerinin -0,694, basıklık değerinin 0,262, DAMDÖ bebekle tanışma alt boyut puanıyla 9,27 $\mp$ 3,94, çarpıklık değerinin 0,054, basıklık değerinin -1,225 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların postpartum bakım alt boyut puan ortalamasının 21,70 $\mp$ 5,10, çarpıklık değerinin -0,543, basıklık değerinin DAMDÖ hastane odası puan ortalamasının 15,57, çarpıklık değerinin -1,168, basıklık değerinin 1,061 olduğu, DAMDÖ hastane olanakları alt boyutunun puan ortalamasının 10,70 $\mp$ 3,29, çarpıklık değerinin -0,645, basıklık değerinin -0,174, DAMDÖ mahremiyete saygı alt boyutu ortalamasının 14,32 $\mp$ 3,68, çarpıklık değerinin -0,068, basıklık değerinin -0,919, DAMDÖ beklentilerin karşılanması alt boyutu ortalamasının 17,13 $\mp$ 3,97, çarpıklık değerinin -0,017, basıklık değerinin 0,108 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11.). Doğuma Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ) toplam

puanının ortalamasının  $96,07 \pm 20,42$ , çarpıklık değerinin  $0,617$ , basıklık değerinin  $0,448$ , DSABÖ doğumda profesyonel destek alt boyut puan ortalamasının  $65,72 \pm 14,33$  tespit edilmiştir. DSABÖ doğum ortamının uygunluğu alt boyut puan ortalamasının  $15,22 \pm 4,66$  çarpıklık değerinin  $-0,017$ , basıklık değerinin  $0,108$ , tespit edilmiştir. DSABÖ doğumda bakım ve hizmetlere ilişkin ortalamasının  $15,12 \pm 5,32$ , tespit edilmiştir. Tüm puanların çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alındığında,  $+2$  ile  $-2$  arasında olduğu, normal dağılım koşulunun sağlandığı görülmüştür. Ölçek puanlarıyla ilgili karşılaştırmalar yapılırken parametrik yöntemlerin kullanılmasına karar verilmiştir (Tablo 4.11.).



4.2.2.3. Adım 5. Madde azaltma

Tablo 4. 12. Taslak DSABÖ’ndeki maddeler arasındaki ilişkinin korelasyon analiziyle incelenmesi

	M_13	M_5	M_3	M_16	M_4	M_12	M_1	M_2	M_6	M_8	M_7	M_9	M_17	M_10	M_11	M_14	M_15	M_20	M_18	M_19	M_21	M_24	M_25	M_22	M_23	M_26
M_13	1.000	.588	.543	.428	.485	.450	.579	.518	.466	.505	.552	.503	.408	.565	.559	.462	.500	.336	.303	.273	.375	.186	.208	.228	.160	.412
M_5	.588	1.000	.693	.558	.604	.530	.672	.655	.564	.580	.580	.608	.432	.622	.622	.551	.566	.380	.334	.337	.409	.208	.236	.248	.162	.355
M_3	.543	.693	1.000	.554	.639	.529	.705	.650	.593	.589	.579	.616	.461	.627	.621	.534	.530	.342	.318	.315	.403	.244	.292	.275	.124	.366
M_16	.428	.558	.554	1.000	.519	.382	.506	.529	.414	.485	.483	.467	.363	.474	.442	.383	.402	.352	.309	.267	.347	.203	.209	.195	.154	.307
M_4	.485	.604	.639	.519	1.000	.628	.694	.619	.632	.584	.598	.618	.448	.583	.607	.531	.517	.305	.277	.272	.340	.290	.218	.304	.177	.374
M_12	.450	.530	.529	.382	.628	1.000	.652	.567	.601	.548	.585	.561	.418	.501	.504	.448	.441	.324	.301	.309	.324	.222	.264	.318	.232	.384
M_1	.579	.672	.705	.506	.694	.652	1.000	.715	.662	.689	.687	.656	.455	.624	.650	.584	.567	.302	.315	.306	.397	.257	.269	.269	.145	.367
M_2	.518	.655	.650	.529	.619	.567	.715	1.000	.668	.637	.649	.618	.448	.556	.544	.477	.488	.262	.252	.250	.342	.236	.183	.190	.123	.280
M_6	.466	.564	.593	.414	.632	.601	.662	.668	1.000	.656	.602	.501	.445	.554	.579	.500	.515	.257	.211	.212	.305	.305	.270	.270	.196	.362
M_8	.505	.580	.589	.485	.584	.548	.689	.637	.656	1.000	.624	.545	.390	.571	.569	.533	.484	.362	.324	.275	.402	.236	.245	.246	.154	.313
M_7	.552	.580	.579	.483	.598	.585	.687	.649	.602	.624	1.000	.591	.433	.593	.563	.528	.536	.333	.306	.284	.425	.308	.276	.289	.214	.337
M_9	.503	.608	.616	.467	.618	.561	.656	.618	.501	.545	.591	1.000	.470	.602	.569	.584	.547	.335	.316	.333	.400	.266	.246	.263	.159	.396
M_17	.408	.432	.461	.363	.448	.418	.455	.448	.445	.390	.433	.470	1.000	.427	.419	.329	.403	.273	.202	.201	.279	.380	.286	.276	.213	.437
M_10	.565	.622	.627	.474	.583	.501	.624	.556	.554	.571	.593	.602	.427	1.000	.857	.806	.752	.482	.411	.393	.508	.280	.346	.274	.185	.408
M_11	.559	.622	.621	.442	.607	.504	.650	.544	.579	.569	.563	.569	.419	.857	1.000	.829	.782	.487	.428	.418	.523	.284	.352	.303	.180	.419
M_14	.462	.551	.534	.383	.531	.448	.584	.477	.500	.533	.528	.584	.329	.806	.829	1.000	.751	.485	.411	.400	.528	.252	.307	.260	.106	.364
M_15	.500	.566	.530	.402	.517	.441	.567	.488	.515	.484	.536	.547	.403	.752	.782	.751	1.000	.414	.387	.399	.510	.295	.318	.248	.176	.401
M_20	.336	.380	.342	.352	.305	.324	.302	.262	.257	.362	.333	.335	.273	.482	.487	.485	.414	1.000	.715	.662	.625	.230	.351	.278	.098	.299
M_18	.303	.334	.318	.309	.277	.301	.315	.252	.211	.324	.306	.316	.202	.411	.428	.411	.387	.715	1.000	.874	.643	.223	.345	.314	.143	.343
M_19	.273	.337	.315	.267	.272	.309	.306	.250	.212	.275	.284	.333	.201	.393	.418	.400	.399	.662	.874	1.000	.596	.262	.377	.366	.175	.340
M_21	.375	.409	.403	.347	.340	.324	.397	.342	.305	.402	.425	.400	.279	.508	.523	.528	.510	.625	.643	.596	1.000	.249	.279	.221	.052	.387
M_24	.186	.208	.244	.203	.290	.222	.257	.236	.305	.236	.308	.266	.380	.280	.284	.252	.295	.230	.223	.262	.249	1.000	.416	.438	.379	.445
M_25	.208	.236	.292	.209	.218	.264	.269	.183	.270	.245	.276	.246	.286	.346	.352	.307	.318	.351	.345	.377	.279	.416	1.000	.524	.308	.422
M_22	.228	.248	.275	.195	.304	.318	.269	.190	.270	.246	.289	.263	.276	.274	.303	.260	.248	.278	.314	.366	.221	.438	.524	1.000	.432	.420
M_23	.160	.162	.124	.154	.177	.232	.145	.123	.196	.154	.214	.159	.213	.185	.180	.106	.176	.098	.143	.175	.052	.379	.308	.432	1.000	.432
M_26	.412	.355	.366	.307	.374	.384	.367	.280	.362	.313	.337	.396	.437	.408	.419	.364	.401	.299	.343	.340	.387	.445	.422	.420	.432	1.000



Tablo 4.12. ve 4.13.'de taslak DSABÖ maddeleri arasındaki korelasyona ilişkin korelasyon matrisi verilmiştir. Buna göre maddelerin tümünün birbiri ile anlamlı olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir ( $p<0,05$ ).

#### 4.2.2.4. Adım 6. Faktörlerin çıkarılması

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

**Tablo 4. 14.** Taslak DSABÖ' ye ilişkin Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçları

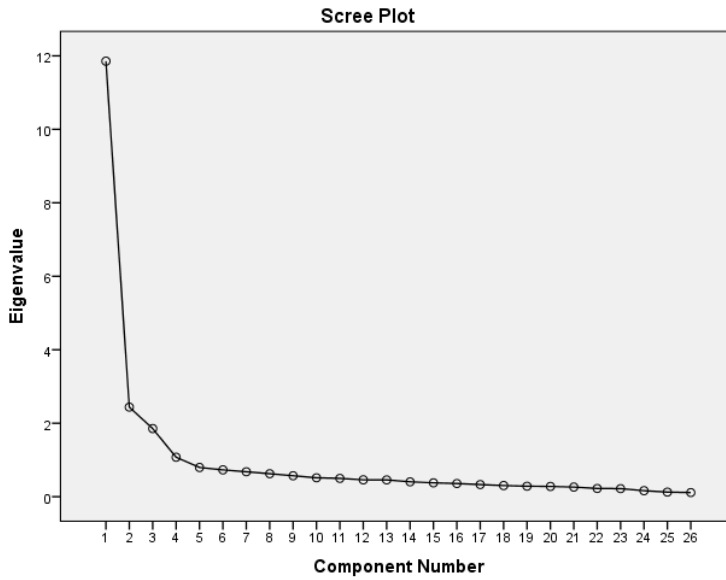
Madde No		Faktör Yük Değerleri			Öz Değer	Açıklanan Varyans
Eski	Yeni	Doğumda Profesyonel Destek	Doğum Ortamının Uygunluğu	Doğumda Bakım ve Hizmetler		
M8	M1	0,847			11.855	45.596
M9	M2	0,823				
M4	M3	0,778				
M6	M4	0,778				
M3	M5	0,770				
M10	M6	0,766				
M13	M7	0,750				
M11	M8	0,749				
M15	M9	0,730				
M17	M10	0,716				
M18	M11	0,708				
M7	M12	0,679				
M1	M13	0,550				
M19	M14	0,640				
M20	M15	0,635				
M5	M16	0,603				
M16	M17	0,522				
M22	M18		0,866		2.437	9.375
M23	M19		0,834			
M21	M20		0,800			
M25	M21		0,737			
M35	M22			0,733	1.854	7.132
M37	M23			0,733		
M32	M24			0,701		
M33	M25			0,639		
M38	M26			0,634		
<b>KMO değeri: 0,953</b> <b>Barlett's Test of Sphericity Ki Kare değeri: 8.096,219</b> <b>Serbestlik derecesi=325, p=0,001&lt;0,05</b>						

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin,  $p<0.05$  İstatistiksel Anlamlılık

Ölçekte yer alan 43 soruya ilk aşamada uygulanan AFA sonucunda, 0.30 dan düşük faktör yüküne sahip sorular ve aynı anda birden fazla faktöre dağılım gösteren maddeler çıkarılmıştır. Ölçekten bu aşamada 11 maddenin çıkarılmasına (M2, M12, M26, M28, M31, M34, M36, M39, M41, M42, M43) karar verilmiştir. Ayrıca en son faktör analizi yapıldıktan sonra ölçeğin son halini oluşturan 26 soru ile güvenilirlik



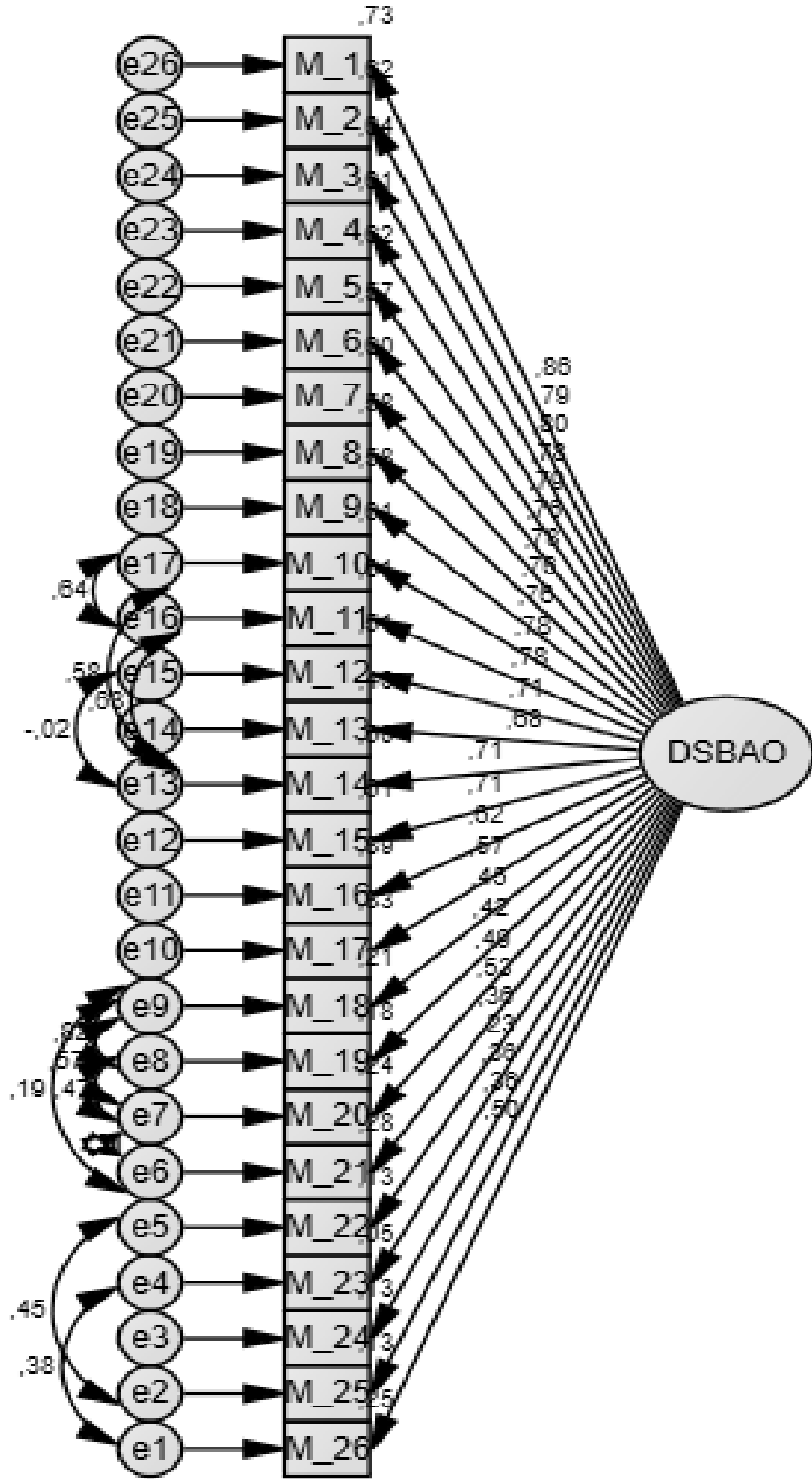
analizi yapılarak düzeltilmiş madde toplam korelasyonları incelenmiştir. Bu aşamada düzeltilmiş madde toplam korelasyonu 0.20 altında kalan (14,24,27,29,30,40) maddeler çıkarılarak analiz yinelenmiştir. Son durumda düzeltilmiş madde toplam korelasyonu 0,20'nin altında olan negatif korelasyon gösteren madde kalmadığı tespit edilmiştir. KMO değeri ve Bartlett test sonuçları ile ilgili açıklama Adım 4'te belirtmişti. Ölçeğe ilişkin öz değer ve açıklanan varyanslar incelendiğinde, birinci faktörün varyansın %45.596'sını açıkladığı, ikinci faktörün %9.375'ini, üçüncü faktörün %7.132'sini açıkladığı görülmüştür (Tablo 4.14).



**Şekil 4. 2.** AFA sonucunda elde edilen eigen value eğrisinin incelenmesi

Şekil 4.2.'de Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) sonucunda elde edilen optimum faktör sayısını gösteren eigen value eğrisi verilmiştir. Şekil incelendiğinde eğrinin üçüncü faktörde kırıldığı gözlenmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)



Şekil 4. 3. Taslak DSBAÖ faktör dağılımı olmadan Path Diyagramı

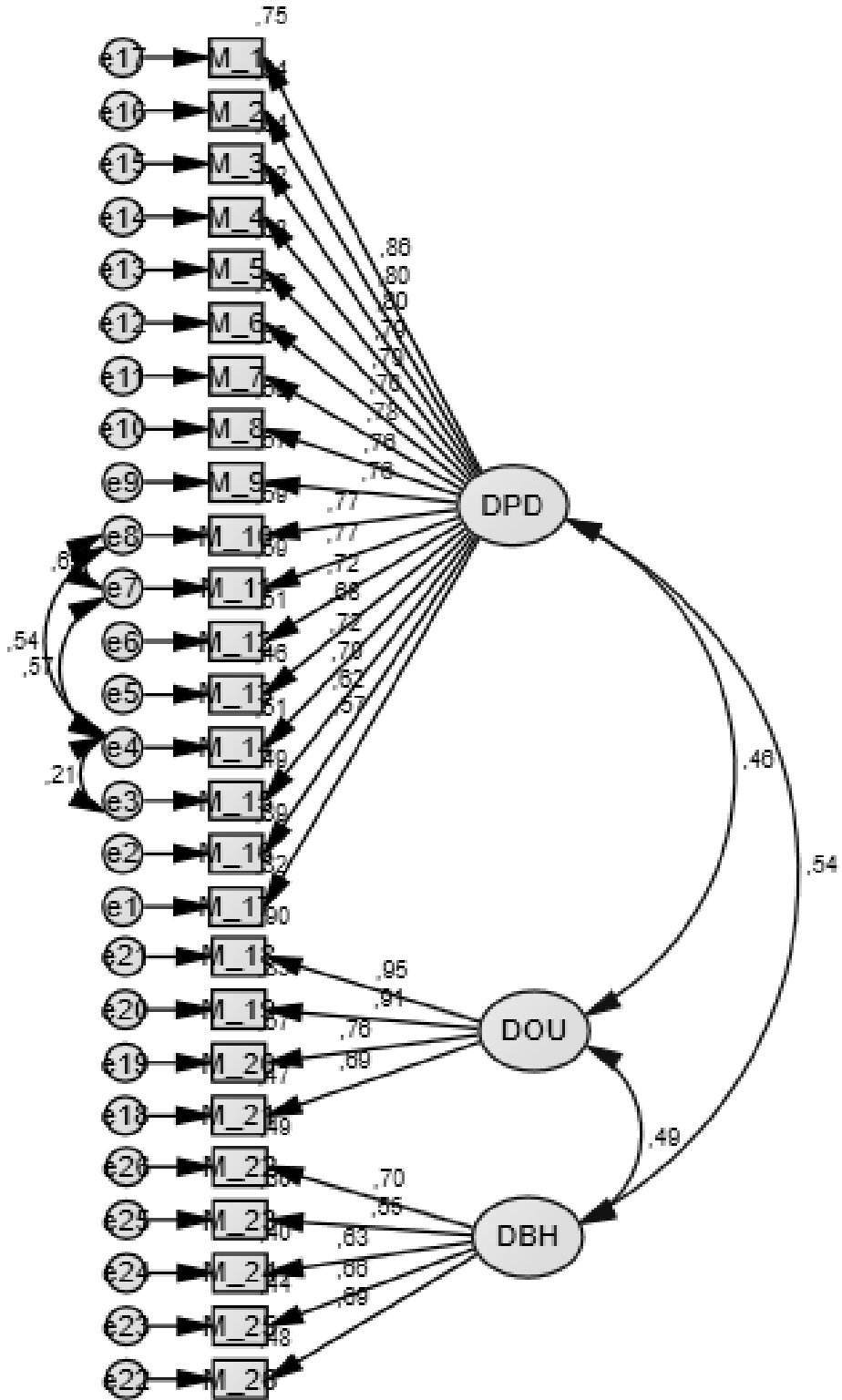
DSABÖ: Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği

Şekil 4.3.'de DSABÖ faktör dağılımı olmadan tüm maddeler arasındaki ilişkinin incelendiği model verilmiştir. Model uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde uyum iyiliği indekslerinin faktör dağılımı olduğunda daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4. 15.** Taslak DSABÖ faktör dağılımı olmadığında uyum iyiliği indeksleri

İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değerler
$C_{MIN}/DF < 3$	$C_{MIN}/DF < 5$	4.146
$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.807
$0.97 \leq CFI \leq 1$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0.886
$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.855
$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0.817
$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0.075
$0 < RMSEA < 0.05$	$0.06 < RMSEA < 0.08$	0.084

Tablo 4.15.'de görüldüğü üzere,  $\chi^2/df=4.146 < 5$ ,  $GFI = 0.807 < 0.90$ ,  $CFI = 0.886 < 0.95$ ,  $NFI = 0.855 < 0.90$ ,  $TLI = 0.817 < 0.90$ ,  $SRMR = 0.075 > 0.05$ ,  $RMSEA = 0.084 > 0.08$  uyum değerlerine göre modelin  $\chi^2/df$  ve SRMR değerleri kabul edilebilir uyum indeksi içinde iken, diğer tüm değerlerinin kabul edilebilir indeks değerlerine yakınlığı dikkat çekmektedir. Dolayısıyla doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre, GFI, CFI, NFI, TLI, RMSEA uyum iyiliği değerlerinin ölçek daha geniş örneklem gruplarında uygulandığında iyileştirilebileceği görülmüştür.



Şekil 4. 4. Taslak DSABÖ alt boyutlarının Path Diyagramı

DSABÖ: Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği, DPD: Doğumda Profesyonel Destek, DOU: Doğum Ortamının Uygunluğu, DBH: Doğumda Bakım ve Hizmet

DSABÖ faktör dağılımı olduğunda maddeler ve faktörler arasındaki ilişki Şekil 4.4.'de incelenmiştir. Model uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde, faktör dağılımı olmadığı durumdakinden daha iyi uyum iyiliği indeksleri elde edildiği görülmüştür.

**Tablo 4. 16.** Taslak DSABÖ alt boyutları olduğu durumdaki uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi

İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değerler
CMIN/DF <3	CMIN/DF <5	3,186
$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,854
$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,919
$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,887
$0,95 \leq TLI \leq 1$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,910
$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,071
$0 < RMSEA < 0,05$	$0,06 < RMSEA < 0,08$	0,070

Tablo 4.16.'de görüldüğü üzere,  $\chi^2/df=3.186 < 5$ ,  $GFI = 0,854 < 0,90$ ,  $CFI = 0,919 < 0,95$ ,  $NFI = 0,887 < 0,90$ ,  $TLI = 0,910 > 0,90$ ,  $SRMR = 0,071 > 0,05$ ,  $RMSEA = 0,070 < 0,08$  uyum değerlerine göre modelin  $\chi^2/df$ , TLI, SRMR ve RMSEA değerlerinin kabul edilebilir indeks değerleri arasında yer aldığı görülmüştür. GFI, CFI ve NFI değerlerinin kabul edilebilir uyum iyiliği indeksi değerlerine yakın olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre,  $\chi^2/df$ , GFI, CFI, NFI, TLI, SRMR, RMSEA uyum iyiliği değerlerinin ölçek daha geniş örneklem gruplarında uygulandığında daha da iyileştirilebileceği söylenebilmektedir.

**Tablo 4. 17.** DSABÖ'ye ilişkin maddelerin standardize regresyon katsayıları

Madde	Faktör	Regresyon Katsayısı	p
M_17	← Doğumda profesyonel destek	0,565	<b>0,001</b>
M_16	← Doğumda profesyonel destek	0,624	<b>0,001</b>
M_15	← Doğumda profesyonel destek	0,700	<b>0,001</b>
M_14	← Doğumda profesyonel destek	0,715	<b>0,001</b>
M_13	← Doğumda profesyonel destek	0,676	<b>0,001</b>
M_12	← Doğumda profesyonel destek	0,715	<b>0,001</b>
M_11	← Doğumda profesyonel destek	0,771	<b>0,001</b>
M_10	← Doğumda profesyonel destek	0,769	<b>0,001</b>
M_9	← Doğumda profesyonel destek	0,757	<b>0,001</b>
M_8	← Doğumda profesyonel destek	0,762	<b>0,001</b>
M_7	← Doğumda profesyonel destek	0,777	<b>0,001</b>
M_6	← Doğumda profesyonel destek	0,760	<b>0,001</b>
M_5	← Doğumda profesyonel destek	0,792	<b>0,001</b>
M_4	← Doğumda profesyonel destek	0,788	<b>0,001</b>
M_3	← Doğumda profesyonel destek	0,802	<b>0,001</b>

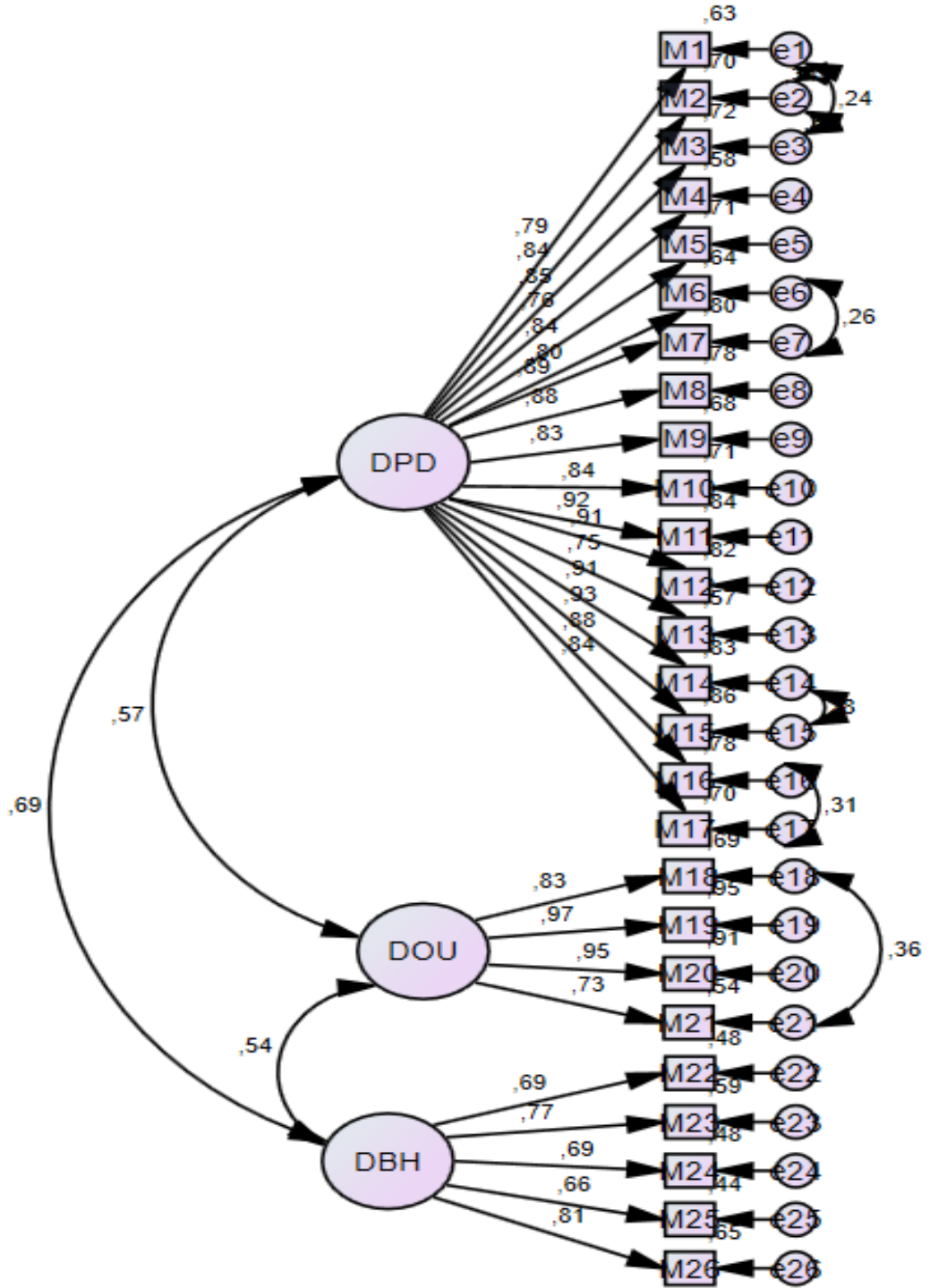
**Tablo 4.17.** Taslak DSABÖ'ye ilişkin maddelerin standardize regresyon katsayıları  
(devam ediyor)

Madde	Faktör	Regresyon Katsayısı	p
M_2	← Doğumda profesyonel destek	0,800	<b>0,001</b>
M_1	← Doğumda profesyonel destek	0,863	<b>0,001</b>
M_21	← Doğum ortamının uygunluğu	0,688	<b>0,001</b>
M_20	← Doğum ortamının uygunluğu	0,756	<b>0,001</b>
M_19	← Doğum ortamının uygunluğu	0,910	<b>0,001</b>
M_18	← Doğum ortamının uygunluğu	0,950	<b>0,001</b>
M_26	← Doğumda bakım ve hizmetler	0,689	<b>0,001</b>
M_25	← Doğumda bakım ve hizmetler	0,664	<b>0,001</b>
M_24	← Doğumda bakım ve hizmetler	0,632	<b>0,001</b>
M_23	← Doğumda bakım ve hizmetler	0,549	<b>0,001</b>
M_22	← Doğumda bakım ve hizmetler	0,701	<b>0,001</b>

Taslak DSABÖ ile ilgili ifadelerle ilişkin standardize edilmiş regresyon (standartized regression weights) katsayıları Tablo 4.17.'de verilmiştir. Tabloda her ikili ilişki için "p" değerleri 0.05'ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri anlamlı bulunmuştur. Faktör yüklenimlerinin önemli çıkması maddelerin, faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir. Ayrıca, tabloda görüldüğü üzere tüm maddelerin regresyon katsayıları oldukça yüksek tespit edilmiştir.

#### **4.2.2.5. 7.Adım Boyutluluk testleri**

Doğrulayıcı faktör analizi değerine ilişkin ikinci uygulama araştırmanın 3. aşamasında toplanan 800 veri ile yapılmıştır. İkinci uygulamanın verileri aşağıda belirtilmiştir.



Şekil 4. 5. Taslak DSABÖ'nün birincil düzey doğrulayıcı faktör analizinin Path Diyagramı

DSABÖ: Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği, DPD: Doğumda Profesyonel Destek, DOU: Doğum Ortamının Uygunluğu, DBH: Doğumda Bakım ve Hizmet

Şekil 4.5.'da DSABÖ faktör dağılımı olduğunda maddeler ve faktörler arasındaki ilişki incelenmiştir. Model uyum iyiliği indeksi değerlerini iyileştirmek için modifikasyon yapılmıştır.

**Tablo 4. 18.** Taslak DSABÖ'nün birincil doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen model uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi

İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değerler
CMIN/DF <3	CMIN/DF <5	4,680
0,95≤GFI≤1,00	0,90≤GFI≤0,95	0,880
0,97≤CFI≤1	0,95≤CFI≤0,97	0,952
0,95≤NFI≤1	0,90≤NFI≤0,95	0,940
0,95≤TLI≤1	0,90≤TLI≤0,95	0,950
0,00<SRMR≤0,05	0,05<SRMR≤0,10	0,061
0<RMSEA<0,05	0,06<RMSEA<0,08	0,067

Tablo 4.18.'de belirtildiği üzere,  $\chi^2/df=4.680<5$ ,  $GFI=0,880<0,90$ ,  $CFI=0,952>0,95$ ,  $NFI=0,940>0,90$ ,  $TLI=0,950>0,90$ ,  $SRMR=0,061>0,05$ ,  $RMSEA=0,067<0,08$  uyum değerlerine göre modelin  $\chi^2/df$ , CFI, TLI, NFI, SRMR ve RMSEA değerlerinin kabul edilebilir uyum indeks değerleri arasında yer aldığı görülmüştür. GFI değerlerinin kabul edilebilir uyum iyiliği indeksi değerlerine yakın olduğu tespit edilmiştir. Model uyum iyiliği indekslerinin iyileştirilmesi için hata kovaryansları arasında modifikasyon yapılmıştır. Dolayısıyla doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre ölçek daha büyük örneklem gruplarında uygulandığında uyum iyiliği indeksi değerlerinin iyileşebileceği tespit edilmiştir.

**Tablo 4. 19.** Taslak DSABÖ'nün birincil düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen modele ilişkin regresyon katsayılarının incelenmesi

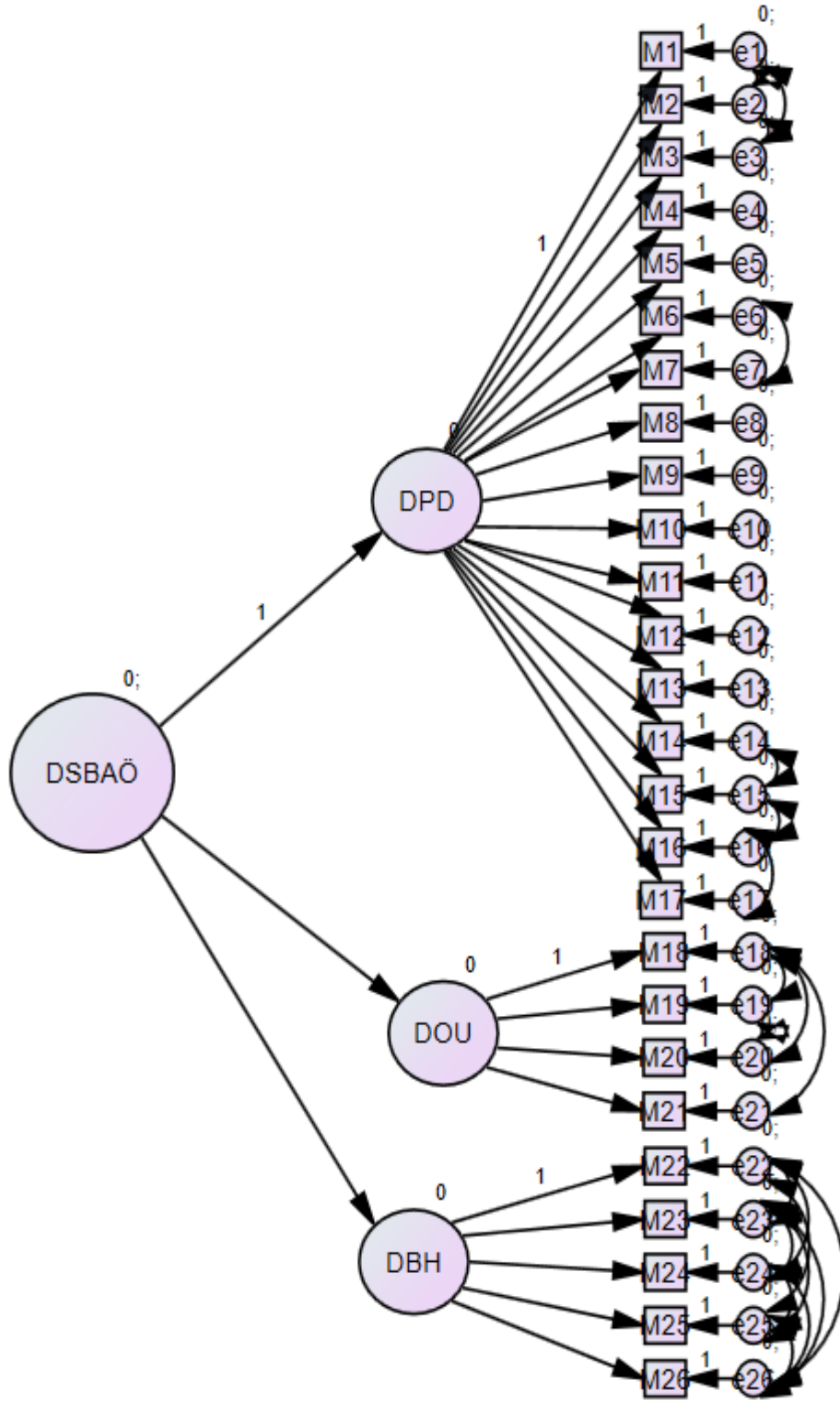
Madde	Faktör	Regresyon Katsayısı	p
M1	← DPD	0,790	<b>0,001</b>
M2	← DPD	0,838	<b>0,001</b>
M3	← DPD	0,850	<b>0,001</b>
M4	← DPD	0,759	<b>0,001</b>
M5	← DPD	0,837	<b>0,001</b>
M6	← DPD	0,798	<b>0,001</b>
M7	← DPD	0,890	<b>0,001</b>
M8	← DPD	0,878	<b>0,001</b>
M9	← DPD	0,823	<b>0,001</b>
M10	← DPD	0,839	<b>0,001</b>
M11	← DPD	0,915	<b>0,001</b>
M12	← DPD	0,906	<b>0,001</b>
M13	← DPD	0,753	<b>0,001</b>



**Tablo 4.19.** Taslak DSABÖ birincil düzey faktör analizi sonucunda elde edilen modele ilişkin regresyon katsayılarının incelenmesi (devam ediyor)

<b>Madde</b>	<b>Faktör</b>	<b>Regresyon Katsayısı</b>	<b>p</b>
M14	← DPD	0,921	<b>0,001</b>
M15	← DPD	0,936	<b>0,001</b>
M16	← DPD	0,883	<b>0,001</b>
M17	← DPD	0,841	<b>0,001</b>
M18	← DOU	0,830	<b>0,001</b>
M19	← DOU	0,972	<b>0,001</b>
M20	← DOU	0,952	<b>0,001</b>
M21	← DOU	0,734	<b>0,001</b>
M22	← DBH	0,690	<b>0,001</b>
M23	← DBH	0,769	<b>0,001</b>
M24	← DBH	0,692	<b>0,001</b>
M25	← DBH	0,662	<b>0,001</b>
M26	← DBH	0,808	<b>0,001</b>

Tablo 4.19.'da taslak DSABÖ'nün alt boyutlarındaki ifadelerle ilişkin standardize edilmiş regresyon katsayıları verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere tüm maddelerin regresyon katsayıları 0,60 ve üzerinde oldukları yani oldukça yüksek oldukları tespit edilmiştir.



**Şekil 4. 6.** İkincil düzey doğrulayıcı faktör analizi Path Diyagramı

DSABÖ: Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği, DPD: Doğumda Profesyonel Destek, DOU: Doğum Ortamının Uygunluğu, DBH: Doğumda Bakım ve Hizmet

Şekil 4.6.'da taslak DSABÖ gizil değişkeninin faktörlerle arasındaki regresyon katsayılarının mükemmel düzeyde olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu üç faktörün kendilerini temsil eden DSABÖ gizil değişkeni altında toplanabildiği yani ölçekten toplam puan alınabileceği bulunmuştur. Yukarıdaki ikincil düzey faktör analizinde model uyum iyiliği indeksi değerlerini iyileştirmek için modifikasyon yapılmıştır.

**Tablo 4. 20.** Taslak DSABÖ'nün alt boyutları olduğu durumdaki uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi

İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değerler
$CMIN/DF < 3$	$CMIN/DF < 5$	4,900
$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,877
$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,950
$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,937
$0,95 \leq TLI \leq 1$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,940
$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,045
$0 < RMSEA < 0,05$	$0,06 < RMSEA < 0,08$	0,071

Tablo 4.20.'de  $\chi^2/df=4.900<5$ ,  $GFI=0,877<0,90$ ,  $CFI=0,950 \leq 0,95$ ,  $NFI=0,937<0,95$ ,  $TLI=0,940<0,95$ ,  $SRMR=0,045<0,05$ ,  $RMSEA=0,071<0,08$  uyum değerlerine göre modelin  $CFI$  ve  $\chi^2/df$ ,  $RMSEA$ ,  $NFI$  ve  $TLI$  kabul edilebilir uyum indeksi değer aralıkları içerisinde olduğu,  $SRMR$  değerinin iyi uyum indeks değerleri arasında yer aldığı görülmüştür.  $GFI$  değerlerinin kabul edilebilir uyum iyiliği indeksi değerlerine yakın olduğu tespit edilmiştir. Model uyum iyiliği indekslerinin iyileştirilmesi için hata kovaryansları arasında modifikasyon yapılmıştır. Dolayısıyla doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre ölçek daha büyük örneklem gruplarında uygulandığında uyum iyiliği indeksi değerlerinin iyileşebileceği gözlenmiştir.

**Tablo 4. 21.** Taslak DSABÖ ikincil düzey faktör analizi sonucunda elde edilen modele ilişkin regresyon katsayılarının incelenmesi

Madde	Faktör	Regresyon Katsayısı	p
DPD	← DSABÖ	1,000	<b>0,001</b>
DOU	← DSABÖ	1,000	<b>0,001</b>
DBH	← DSABÖ	1,000	<b>0,001</b>
M1	← DPD	0,795	<b>0,001</b>
M2	← DPD	0,840	<b>0,001</b>
M3	← DPD	0,852	<b>0,001</b>
M4	← DPD	0,763	<b>0,001</b>
M5	← DPD	0,843	<b>0,001</b>
M6	← DPD	0,801	<b>0,001</b>

**Tablo 4.21.** Taslak DSABÖ ikincil düzey faktör analizi sonucunda elde edilen modele ilişkin regresyon katsayılarının incelenmesi (devam ediyor)

Madde	Faktör	Regresyon Katsayısı	p
M7	← DPD	0,892	<b>0,001</b>
M8	← DPD	0,880	<b>0,001</b>
M9	← DPD	0,824	<b>0,001</b>
M10	← DPD	0,840	<b>0,001</b>
M11	← DPD	0,915	<b>0,001</b>
M12	← DPD	0,905	<b>0,001</b>
M13	← DPD	0,753	<b>0,001</b>
M14	← DPD	0,913	<b>0,001</b>
M15	← DPD	0,927	<b>0,001</b>
M16	← DPD	0,878	<b>0,001</b>
M17	← DPD	0,840	<b>0,001</b>
M18	← DOU	0,625	<b>0,001</b>
M19	← DOU	0,549	<b>0,001</b>
M20	← DOU	0,533	<b>0,001</b>
M21	← DOU	0,655	<b>0,001</b>
M22	← DBH	0,445	<b>0,001</b>
M23	← DBH	0,550	<b>0,001</b>
M24	← DBH	0,419	<b>0,001</b>
M25	← DBH	0,441	<b>0,001</b>
M26	← DBH	0,626	<b>0,001</b>

Tablo 4.21.'de DSABÖ'nün alt boyutlarındaki ifadelerle ilişkin standardize edilmiş regresyon katsayıları verilmiştir. Tüm maddelerin regresyon katsayıları 0.40 ve üzerinde oldukları yani yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca faktörlerin DSABÖ gizil değişkeni üzerindeki etkisinin anlamlı ve mükemmel düzeyde bulunmuştur.

#### **4.2.2.6. 8.Adım Güvenilirlik testleri**

Ölçekteki maddelerin toplam puanlarına göre değişme derecesinin belirlenmesi amacıyla Cronbach Alfa katsayısı, katılımcının performansının tekrarlanabilir olma derecesini değerlendirmek için alternatif form ve test tekrar test güvenilirliği uygulanmıştır. Alternatif form olarak “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

**Tablo 4. 22.** Taslak DSABÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Cronbach Alpha
<b>Doğuma Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ)</b>	26	0,944
<b>Doğumda profesyonel destek</b>	17	0,954
<b>Doğum ortamının uygunluğu</b>	4	0,898
<b>Doğumda bakım ve hizmetler</b>	5	0,785

Tablo 4.22.'da taslak DSABÖ ve alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi yapılarak Cronbach Alpha katsayıları elde edilmiştir. DSABÖ ölçek genel güvenilirliğinin, doğumda profesyonel destek, doğum ortamının uygunluğu oldukça yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilirken, doğumda bakım ve hizmetler boyutlarının oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4. 23.** Taslak DSABÖ'ye ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma	Madde çıkarıldığında ölçek ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçek varyansı	Madde Toplam Korelasyon	Madde çıkarıldığında Cronbach Alpha
M1	0,940	1,08	92,17	383.906	0,755	0,940
M2	0,941	1,12	92,22	386.055	0,673	0,941
M3	0,940	1,05	92,15	386.099	0,721	0,940
M4	0,941	1,04	92,13	386.904	0,705	0,941
M5	0,940	1,01	92,00	387.440	0,718	0,940
M6	0,941	1,19	92,37	384.242	0,672	0,941
M7	0,940	1,07	92,25	385.754	0,713	0,940
M8	0,941	1,08	92,09	386.748	0,685	0,941
M9	0,941	1,04	92,11	387.231	0,700	0,941
M10	0,940	1,14	92,29	381.019	0,779	0,940
M11	0,940	1,08	92,20	382.609	0,787	0,940
M12	0,941	1,17	92,33	385.391	0,658	0,941
M13	0,941	1,09	92,10	388.719	0,628	0,941
M14	0,940	1,05	92,10	386.394	0,713	0,940
M15	0,940	1,09	92,18	385.350	0,714	0,940
M16	0,942	1,14	92,19	389.905	0,575	0,942
M17	0,942	1,33	92,65	386.080	0,557	0,942
M18	0,942	1,39	92,32	384.871	0,555	0,942
M19	0,942	1,39	92,37	384.944	0,550	0,942
M20	0,942	1,38	92,28	384.450	0,567	0,942
M21	0,942	1,14	92,10	388.708	0,599	0,942

**Tablo 4.23.** Taslak DSABÖ'ye ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi  
(devam ediyor)

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma	Madde çıkarıldığında ölçek ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçek varyansı	Madde Toplam Korelasyon	Madde çıkarıldığında Cronbach Alpha
M22	0,944	1,51	93,03	387.111	0,465	0,944
M23	0,946	1,47	93,41	397.013	0,305	0,946
M24	0,944	1,42	93,19	390.396	0,440	0,944
M25	0,944	1,47	92,78	387.638	0,470	0,944
M26	0,942	1,38	92,82	383.971	0,577	0,942
<p>Tüm ölçek güvenilirliği için Cronbach Alpha (CA): <b>0,944</b>  Doğumda profesyonel destek alt boyutu için CA : <b>0,765</b>  Doğum ortamının uygunluğu boyutu için CA: <b>0,898</b>  Doğumda bakım ve hizmetler alt boyutu için CA: <b>0,785</b></p>						

Tablo 4.23.'da 26 maddeye ilişkin yapılan güvenilirlik analizi sonucunda elde edilen madde ortalaması, standart sapması, madde çıkarıldığında ölçek ortalaması, madde toplam korelasyonu, madde çıkarıldığında ölçek varyansı ve madde çıkarıldığında Cronbach Alpha katsayısı değerleri gösterilmiştir. Buna göre, madde toplam korelasyonu sütunu incelendiğinde hiçbir maddenin toplam korelasyonunun 0.20'nin altında olmadığı görülmüştür. Ayrıca madde çıkarıldığında Cronbach Alpha katsayıları değerlendirildiğinde hiçbir maddenin çıkarılmasına gerek olmadığı, çünkü herhangi bir madde çıkarılma durumunda ölçeğin Cronbach Alpha'sının fazla yükselmeyeceği saptanmıştır.

**Tablo 4. 24.** DAMDÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi

Ölçekler ve Alt Boyutları	n	Cronbach Alpha
<b>Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDÖ)</b>	43	0,924
<b>Sağlık Ekibini Algılayışı</b>	4	0,911
<b>Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı</b>	2	0,892
<b>Rahatlatma</b>	4	0,732
<b>Kararlara Katılım ve Bilgilendirme</b>	8	0,891
<b>Bebekle Tanışma</b>	3	0,848
<b>Postpartum Bakım</b>	6	0,781
<b>Hastane Odası</b>	4	0,914
<b>Hastane Olanakları</b>	3	0,821

**Tablo 4. 25.** DAMDÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçlarının incelenmesi  
(devam ediyor)

Ölçekler ve Alt Boyutları	n	Cronbach Alpha
Mahremiyete Saygı	4	0,640
Beklentilerin karşılanması	5	0,536

DAMDÖ genel güvenilirliğinin, sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, kararlara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, hastane odası, DAMDÖ hastane olanaklarının oldukça yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilirken, rahatlatma, postpartum bakım boyutlarının oldukça güvenilir olduğu, mahremiyete saygı ve beklentilerin karşılanması alt boyutunun orta düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.24.).

**Tablo 4. 26.** Taslak DSABÖ ve DAMDÖ korelasyon tablosu

Ölçekler ve alt boyutları		DAMDÖ Toplam Puanı
DSABÖ Toplam puanı	r	0,719*
	p	0,000

r:Pearson Korelasyon Katsayısı, \*\*p<0,001

Tablo 4.25.'de alternatif form güvenilirliği için ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiştir. İki ölçek puanı arasında anlamlı, pozitif yönde ve oldukça yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 4. 27.** Test tekrar test sonuçlarının incelenmesi

Ölçekler ve alt boyutları		DSBAÖ son test toplam puanı	DSABÖ doğumda profesyonel destek	DSABÖ doğum ortamının uygunluğu	DSABÖ doğumda bakım ve hizmetler
DSBAÖ ön test toplam puanı	r	0,706**	0,609	0,460	0,627
	p	0,001	0,001	0,008	0,001

r:Spearman Korelasyon Katsayısı, \*\*p<0.001

**Tablo 4. 28.** Test tekrar test sonuçlarının incelenmesi (devam ediyor)

Ölçekler ve alt boyutları		DSBAÖ son test toplam puanı	DSABÖ doğumda profesyonel destek	DSABÖ doğum ortamının uygunluğu	DSABÖ doğumda bakım ve hizmetler
DSABÖ doğumda profesyonel destek	r	0,725	<b>0,686**</b>	0,417	0,559
	p	0,001	<b>0,001</b>	0,018	0,001
DSABÖ doğum ortamının uygunluğu	r	0,293	0,154	<b>0,544**</b>	0,383
	p	0,103	0,400	<b>0,001</b>	0,030
DSABÖ doğumda bakım ve hizmetler	r	0,397	0,297	0,254	<b>0,645**</b>
	p	0,024	0,099	0,161	<b>0,001</b>

r:Spearman Korelasyon Katsayısı, \*\*p<0.001

Tablo 4.26.'de ölçeğin zamana göre değişmezliğini incelemek için yapılmış olan test tekrar teste ilişkin korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Araştırma bittikten 15 gün sonra aynı 32 kişiye ulaşılarak ölçeğe ilişkin soruları tekrar yanıtlanması istendi ve katılımcıların ilk uygulamadaki verdiği cevaplar ile son testte verdiği cevaplar arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Buna göre DSABÖ toplam puanları ön test ve son test arasında anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki ( $r=0.706$ ,  $p<0.001$ ), DSABÖ doğumda profesyonel destek alt boyut ön test ve son test puanları arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki ( $r=0.686$ ,  $p<0.001$ ), DSABÖ doğum ortamının uygunluğu alt boyut ön test ve son test puanları arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki ( $r=0,544$ ,  $p<0,001$ ) ve DSABÖ doğumda bakım ve hizmetler alt boyutu ön test ve son test puanları arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,645$ ,  $p<0,001$ ).

#### **4.2.2.7. 9.Adım Geçerlilik testleri**

DSABÖ'nin kapsam geçerliliği ile ilgili bilgiler Adım 2'de belirtilmiştir. Aynı zamanda yapısal geçerlilik için kullanılan Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) testleri Adım 6 ve 7'de anlatılmıştır.



**Tablo 4. 29.** Taslak DSABÖ'ye ilişkin alt ve üst %27'yi oluşturan madde ayırt edicilik analizleri

<b>Madde</b>	<b>Grup</b>	<b>Ort <math>\bar{X}</math> SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>M1</b>	%27 üst grup	4,85 $\bar{\pm}$ 0,38	16.690	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,88 $\bar{\pm}$ 1,22		
<b>M2</b>	%27 üst grup	4,76 $\bar{\pm}$ 0,55	14.901	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,90 $\bar{\pm}$ 1,24		
<b>M3</b>	%27 üst grup	4,80 $\bar{\pm}$ 0,51	16.338	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,92 $\bar{\pm}$ 1,13		
<b>M4</b>	%27 üst grup	4,85 $\bar{\pm}$ 0,36	16.394	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,97 $\bar{\pm}$ 1,18		
<b>M5</b>	%27 üst grup	4,86 $\bar{\pm}$ 0,48	14.475	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	3,15 $\bar{\pm}$ 1,18		
<b>M6</b>	%27 üst grup	4,69 $\bar{\pm}$ 0,70	15.728	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,64 $\bar{\pm}$ 1,23		
<b>M7</b>	%27 üst grup	4,78 $\bar{\pm}$ 0,55	17.161	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,81 $\bar{\pm}$ 1,11		
<b>M8</b>	%27 üst grup	4,80 $\bar{\pm}$ 0,57	14.226	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	3,01 $\bar{\pm}$ 1,23		
<b>M9</b>	%27 üst grup	4,81 $\bar{\pm}$ 0,55	14.734	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	3,05 $\bar{\pm}$ 1,17		
<b>M10</b>	%27 üst grup	4,73 $\bar{\pm}$ 0,50	17.182	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,60 $\bar{\pm}$ 1,24		
<b>M11</b>	%27 üst grup	4,86 $\bar{\pm}$ 0,35	19.176	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,73 $\bar{\pm}$ 1,15		
<b>M12</b>	%27 üst grup	4,58 $\bar{\pm}$ 0,80	15.128	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,58 $\bar{\pm}$ 1,18		
<b>M13</b>	%27 üst grup	4,76 $\bar{\pm}$ 0,64	12.810	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	3,10 $\bar{\pm}$ 1,25		
<b>M14</b>	%27 üst grup	4,84 $\bar{\pm}$ 0,43	15.124	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,98 $\bar{\pm}$ 1,26		
<b>M15</b>	%27 üst grup	4,86 $\bar{\pm}$ 0,39	17.592	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,87 $\bar{\pm}$ 1,16		
<b>M16</b>	%27 üst grup	4,66 $\bar{\pm}$ 0,86	11.417	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	3,03 $\bar{\pm}$ 1,29		
<b>M17</b>	%27 üst grup	4,42 $\bar{\pm}$ 1,01	13.047	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,49 $\bar{\pm}$ 1,23		
<b>M18</b>	%27 üst grup	4,73 $\bar{\pm}$ 0,87	13.326	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,64 $\bar{\pm}$ 1,46		
<b>M19</b>	%27 üst grup	4,71 $\bar{\pm}$ 0,87	13.250	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,63 $\bar{\pm}$ 1,52		
<b>M20</b>	%27 üst grup	4,86 $\bar{\pm}$ 0,45	15.294	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	2,63 $\bar{\pm}$ 1,52		
<b>M21</b>	%27 üst grup	4,75 $\bar{\pm}$ 0,70	12.139	<b>0,001</b>
	%27 alt grup	3,03 $\bar{\pm}$ 1,36		

t:Bağımsız Örneklerde t Testi/p<0,05 İstatistiksel Anlamlı

**Tablo 4.27.** Taslak DSABÖ'ye ilişkin alt ve üst %27'yi oluşturan madde ayırt edicilik analizleri (devam ediyor)

Madde	Grup	Ort $\bar{X}$ SS	t	p
M22	%27 üst grup	4,03 $\bar{X}$ 1,46	11.182	0,001
	%27 alt grup	2,09 $\bar{X}$ 1,18		
M23	%27 üst grup	3,25 $\bar{X}$ 1,71	6.236	0,001
	%27 alt grup	2,06 $\bar{X}$ 1,17		
M24	%27 üst grup	3,77 $\bar{X}$ 1,47	10.183	0,001
	%27 alt grup	2,07 $\bar{X}$ 1,06		
M25	%27 üst grup	4,23 $\bar{X}$ 1,31	11.113	0,001
	%27 alt grup	2,34 $\bar{X}$ 1,29		
M26	%27 üst grup	4,22 $\bar{X}$ 1,17	12.912	0,001
	%27 alt grup	2,24 $\bar{X}$ 1,18		

Ölçeğin geçerliğine ek kanıt sağlamak amacıyla, ölçek toplam puanlarının alt %27 ve üst %27 grup ortalamaları arası fark bağımsız gruplar t testi ile (Independent Sample T Test) incelenmiştir. Tüm maddelerden elde edilmiş olan puanların üst ve alt %27'lik gruplarının puan ortalamaları arasında bütün maddeler açısından anlamlı bir fark ( $p < 0.05$ ) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.27.).

#### 4.2.3. Tepki yanlılığı

Araştırmanın ikinci aşamasında katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri cevapların kendi görüşleri olduğunu test etmek amacıyla Hotelling's T kare testi yapılmıştır. Bu test sonucunda DSABÖ'nin Hotelling's  $T^2=545.416$ ,  $p=0.001 < 0.05$  olarak tespit edilmiştir.

#### 4.2.4. ROC analizi sonucu kesme puanlarının incelenmesi

Doğumda saygılı annelik bakımının ölçülmesi için ROC analizi sonucunda doğumda saygılı annelik bakımını yeteri kadar alan ve almayan anneleri doğru sınıflandırabildiği görülmüştür.

**Tablo 4. 30.** ROC curve analizi duyarlılık ve özgüllük sonuçları (Tanımlayıcı çalışma  $n=800$ , Ölçek geliştirme  $n=437$ )

Eşit veya Büyükse Olumlu	Duyarlılık	1 - Özgüllük	Eşit veya Büyükse Olumlu	Duyarlılık	1 - Özgüllük
64,5000	1,000	0,500	81,5000	1,000	0,314
65,5000	0,583	1,000	82,5000	1,000	0,263
66,5000	0,574	1,000	83,5000	1,000	0,195
67,5000	0,556	1,000	84,5000	1,000	0,153

**Tablo 4. 31.** ROC curve analizi duyarlılık ve özgüllük sonuçları (Tanımlayıcı çalışma n=800, Ölçek geliştirme n=437) (devam ediyor)

Eşit veya Büyükse Olumlu	Duyarlılık	1 - Özgüllük	Eşit veya Büyükse Olumlu	Duyarlılık	1 - Özgüllük
68,5000	0,542	1,000	85,5000	1,000	0,102
69,5000	0,537	1,000	<b>86,5000</b>	<b>1,000</b>	<b>0,017</b>
70,5000	0,500	1,000	87,5000	0,907	0,000
71,5000	0,486	1,000	97,5000	0,847	0,000
72,5000	0,468	1,000	108,5000	0,805	0,000
73,5000	0,463	1,000	109,5000	0,78	0,000
74,5000	0,458	1,000	110,5000	0,754	0,000
75,5000	0,444	1,000	111,5000	0,729	0,000
76,5000	0,417	1,000	112,5000	0,686	0,000
78,5000	0,370	1,000	114,5000	0,636	0,000
79,5000	0,352	1,000	115,5000	0,602	0,000
80,5000	0,329	1,000	116,5000	0,534	0,000
81,5000	0,310	1,000	117,5000	0,525	0,000
82,5000	0,292	1,000	118,5000	1,000	0,000
83,5000	0,259	1,000	119,5000	1,000	0,000
84,5000	0,213	1,000	120,5000	1,000	0,000
85,5000	0,194	1,000	121,5000	1,000	0,000
86,5000	0,176	1,000	122,5000	1,000	0,000
87,5000	0,134	1,000	123,5000	1,000	0,000
88,5000	0,102	1,000	124,5000	0,907	0,000
<b>89,5000</b>	<b>0,056</b>	<b>1,000</b>	125,5000	0,847	0,000

Doğumda saygılı annelik bakımı puanı için duyarlılık ve özgüllük analiziyle yapılan aralık tahminine göre belirlenen kesme puanları araştırmanın ikinci ve üçüncü aşamalarındaki uygulamaları sonrası ROC analizinde belirlenen kesme puanları uyumlu bulunmuştur. İncelenen sonuçlara göre ilk uygulama için spesifite+sensivite puanlarının en yüksek olduğu kesme puanı 86.5 bulunurken, 2. uygulamada 89.5 olarak saptanmıştır (Tablo 4.28.). Buna göre DSABÖ için belirlenen kesme puanının 85 olması gerektiğine karar verilmiştir. Ölçek 26 maddeden oluşmuş ve en düşük 26 en yüksek ise 130 puan olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin ters maddesi bulunmazken, likert tipi ölçekte kesinlikle katılmıyorum 1 puan, kesinlikle katılıyorum 5 puan olarak değerlendirilmiştir (EK 11.).

**Tablo 4. 32.** Kesme noktası puanına göre doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alanlar ile yeterli saygılı annelik bakımı almayanların taslak DSABÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Ort $\bar{x}$ SS	t	p
DSABÖ	Doğumda saygılı annelik bakımı alan	630	111,33 $\bar{x}$ 13,35	-40.905	<b>0,001</b>
	Doğumda saygılı annelik bakımı almayan	170	58,77 $\bar{x}$ 19,50		

Ort  $\bar{x}$  SS: Ortalama  $\bar{x}$  Standart Sapma, t:Bağımsız Örneklerde t Testi, p<0,05 İstatistiksel Anlamlılık

Tablo 4.29.'da kesme noktası puanına göre doğumda saygılı annelik bakımını yeterli alanlar ile saygılı annelik bakımını yeterli almayanların DSABÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucuna göre; doğumda saygılı annelik bakımı alanların puan ortalamasının (111,33 $\bar{x}$  13,35) doğumda saygılı annelik bakımı almayanlardan (58,77 $\bar{x}$ 19,50) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( p<0,05).

Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ)'nün geçerliliğinin ve güvenilirliğinin incelenmesi sonrası geçerli ve güvenilir olan ölçek ile araştırmanın üçüncü aşamasına geçiş yapılmıştır.

### 4.3. 3. Aşama: Postpartum Kadınlarda Saygılı Annelik Bakım Düzeyi ve İlişkili Faktörler

**Tablo 4. 33.** Katılımcıların demografik ve obstetrik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler (n=800)

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Medeni durum	Evli	790	98,75
	Bekar	10	1,25
Evlenme yaşı	18 yaş ve altı	100	12,50
	19 yaş ve üzeri	700	87,50
Aile tipi	Çekirdek aile	688	86,00
	Geniş aile	112	14,00
Öğrenim düzeyi	İlkokul mezunu	51	6,37
	Ortaokul mezunu	175	21,88
	Lise mezunu	192	24,00
	Üniversite mezunu	338	42,25
	Lisansüstü mezunu	44	5,50
Çalışma durumu	Çalışıyor	206	25,75
	Çalışmıyor	594	74,25
Sosyal güvence	Var	640	80,00
	Yok	160	20,00
Gelir durumu	Gelir giderden az	145	18,13
	Gelir gidere denk	494	61,75
	Gelir giderden fazla	161	20,12
Son doğum şekli	Vajinal doğum	686	85,75
	Epidural-spinal anesteziyle doğum	114	14,25
Planlı gebelik	Evet	612	76,50
	Hayır	188	23,50
Gebelik sürecinde sağlık sorunu	Evet	170	21,25
	Hayır	630	78,75
Gebelik takibi	Evet	788	98,50
	Hayır	12	1,50
Doğum yaptığı yer	Tıp Fakültesi Hastanesi	41	5,13
	Doğumevi	258	32,25
	Şehir Hastanesi-Eğitim/Araştırma Hastanesi	86	10,75
	Devlet hastanesi	87	10,87
	Özel hastane	328	41,00
Doğumu yaptıran kişi kimdi	Ebe	422	52,75
	Doktor	378	47,25
Doğuma hazırlık eğitim alma durumu	Evet	377	47,12
	Hayır	423	52,88

**Tablo 4.30.** Katılımcıların demografik ve obstetrik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler (n=800) (devam ediyor)

Değişkenler	Kategoriler	Ortalama $\bar{x}$ SS Min-Max	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	19-24 Yaş	29,03 $\bar{x}$ 5,44	168	21,00
	25-29 Yaş		291	36,38
	30-34 Yaş	19-48	209	26,12
	35 yaş ve üstü		132	16,50
Toplam gebelik sayısı	1	2,24 $\bar{x}$ 1,46	318	39,80
	2-3		345	43,10
	4 ve üstü	1-13	137	17,10
Toplam yaşayan çocuk sayısı	1	1,85 $\bar{x}$ 1,05	381	47,60
	2-3		342	42,80
	4 ve üstü	1-6	77	9,60
Toplam düşük/ölü doğum sayısı	Yok	0,34 $\bar{x}$ 0,74	599	74,90
	1 ve üstü	0-9	201	25,10
Aile hekimine izlem sayısı	Hiç	4,24 $\bar{x}$ 2,57	57	7,10
	1-4		457	57,10
	5 ve üstü	0-20	286	35,80

SS: Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maximum

Tablo 4.30.'de katılımcılara ait demografik ve obstetrik bilgilere ilişkin frekans ve yüzde bilgileri verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %98,75'i evli, %87,50'si 19 yaş ve üzerinde evlenmiş, %86'sı çekirdek ailede yaşamakta ve %42,25'i üniversite mezunudur. Katılımcıların %74,25'i çalışmamakta, %80'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kadınların %61,75'inin geliri giderine denk iken, %85,75'i vajinal doğum yapmıştır. Katılımcıların planlı gebelik yaşama durumu %76,50, gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşamama durumları %78,75, gebelik takibi yaptırma oranları ise %98,50'dir. Çalışmaya dahil olan kadınların %41'i özel hastanede doğum yaparken, %52,75'inin doğumunu ebe yaptırmıştır. Bu kadınlar %52,88 oranında doğuma hazırlık eğitimi almamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 29,03 $\bar{x}$ 5,44 iken, %36,38 oranında 25-29 yaş aralığında, ortalama 2,24 $\bar{x}$ 1,46 gebelik yaşamış, %47,60'ının yalnızca bir çocuğu bulunmaktadır. Kadınların %74,90'ını hiç düşük/ölü doğum yaşamadı ve gebelikleri boyunca 4,24 $\bar{x}$ 2,57 kez aile hekimine izlem yaptırmıştır.

**Tablo 4. 34.** Katılımcıların DSABÖ toplam ve alt boyut puanına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve iç tutarlılık katsayıları (n=800)

Ölçekler ve Alt Boyutları	n	Ortalama $\bar{x}$ SS	Min-Max	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach Alpha
Doğuma Saygılı Annelik Bakım Ölçeği (DSABÖ)	800	100,17 $\bar{x}$ 26,15	26-130	-1,134	0,727	0,970
Doğumda profesyonel destek	800	67,59 $\bar{x}$ 18,51	17-85	-1,284	0,917	0,978
Doğum ortamının uygunluğu	800	16,28 $\bar{x}$ 4,80	4-20	-1,258	0,539	0,934
Doğumda bakım ve hizmetler	800	16,29 $\bar{x}$ 6,10	5-25	-0,228	-0,974	0,848

SS: Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maximum

Tablo 4.31.'de bu çalışmada ilk kez kullanılan DSABÖ'nin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların vermiş olduğu cevaplar doğrultusunda DSABÖ'nin ortalaması 100,17 $\bar{x}$ 26,15 ve en düşük 26 en yüksek ise 130 puan almıştır. DSABÖ'nin alt boyutu doğumda profesyonel destek ortalaması 67,59 $\bar{x}$ 18,51, doğum ortamının uygunluğu ortalaması 16,28 $\bar{x}$ 4,80, doğumda bakım ve hizmetler ortalaması ise 16,29 $\bar{x}$ 6,10 idi. DSABÖ ve alt boyutları basıklık ve çarpıklık değerleri  $\bar{x}$  2 aralığında olduğundan normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Bütün ölçek maddelerinin iç tutarlılık katsayısı 0,970, doğumda profesyonel destek 0,978, doğum ortamının uygunluğu 0,934 ve doğumda bakım ve hizmetler 0,848 ile yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4. 35.** DSABÖ'ye göre katılımcıların doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alma durumlarının dağılımı (n=800)

Ölçek	Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort $\bar{x}$ SS
				Minimum-Maximum
DSABÖ	Doğumda saygılı annelik bakımını yeterli alan	630	78,75	111,33 $\bar{x}$ 13,35 85-130
	Doğumda saygılı annelik bakımını yeterli almayan	170	21,25	58,77 $\bar{x}$ 19,50 26-84

Ort  $\bar{x}$  SS: Ortalama  $\bar{x}$  Standart Sapma

Tablo 4.32.'da DSABÖ'nin kesme noktası dikkate alındığında çalışmaya dahil olan kadınların %78,75'inin doğumda saygılı annelik bakımı aldığı (ort: 111,33±13,35), %21,25'inin ise doğumda saygılı annelik bakımı almadığı (ort: 58,77±19,50) görülmüştür.

**Tablo 4. 36.** DSABÖ'ye göre katılımcıların doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alma durumlarını etkileyen faktörler (n=800)

Değişkenler	Kategoriler	Ortalama ± SS	Test
			p
Medeni durum	Evli	100,37±26,11	Z=-2.176 <b>0,030</b>
	Bekar	83,90±25,41	
Evlene yaş	18 yaş ve altı	101,48±21,91	t=0.621
	19 yaş ve üzeri	99,98±26,71	0,535
Aile tipi	Çekirdek aile	100,84±26,30	t=1.873
	Geniş aile	96,04±24,94	0,063
Öğrenim düzeyi	İlkokul mezunu	97,80±23,73	F=1.165 0,325
	Ortaokul mezunu	99,13±23,04	
	Lise mezunu	97,86±25,74	
	Üniversite mezunu	101,83±28,31	
Çalışma durumu	Çalışıyor	103,03±27,58	t=1.762
	Çalışmıyor	99,18±25,58	0,079
Sosyal güvence	Var	100,79±26,19	t=1.361
	Yok	97,67±25,93	0,175
Gelir durumu	Gelir giderden az	92,88±28,87	X <sup>2</sup> =20.508 <b>0,001</b>
	Gelir gidere denk	100,55±25,17	
	Gelir giderden fazla	105,56±25,19	
Son doğum şekli	Vajinal doğum	101,24±26,19	t=2.952
	Epidural-spinal anesteziyle doğum	93,71±25,06	<b>0,004</b>
Planlı gebelik	Evet	101,05±26,22	t=1.741
	Hayır	97,29±25,80	0,083
Gebelik sürecinde sağlık sorunu	Evet	96,96±26,50	t=-1.787
	Hayır	101,03±26,01	0,075
Gebelik takibi	Evet	100,45±25,87	Z=-1.768
	Hayır	81,67±37,52	0,077
Doğum yaptığı yer	Tıp Fakültesi Hastanesi	83,15±25,16	F=11.507 <b>0,001</b>
	Doğumevi	100,96±21,84	
	Şehir Hastanesi-Eğitim/Araştırma Hastanesi	95,78±26,30	
	Devlet hastanesi	90,84±26,95	
	Özel hastane	105,30±27,50	
Doğumu yaptıran kişi kimdi	Ebe	100,61±25,28	t=-0.498
	Doktor	99,68±27,12	0,618
Doğuma hazırlık eğitim alma durumu	Evet	104,52±26,37	t=4.486
	Hayır	96,29±25,36	<b>0,001</b>



**Tablo 4.33.** DSABÖ'ye göre katılımcıların doğumda yeterli saygılı annelik bakımı alma durumlarını etkileyen faktörler (n=800)(devam ediyor)

<b>Yaş</b>	19-24 Yaş	102,31±21,97	<b>F=2809 0,039</b>
	25-29 Yaş	100,52±26,17	
	30-34 Yaş	101,63±26,99	
	35 yaş ve üstü	99,35±28,96	
<b>Toplam gebelik sayısı</b>	1	99,96±27,21	<b>F=0.037 0,964</b>
	2-3	100,15±25,76	
	4 ve üstü	100,69±24,75	
<b>Toplam yaşayan çocuk sayısı</b>	1	100,11±26,59	<b>F=0.031 0,970</b>
	2-3	100,08±26,61	
	4 ve üstü	100,87±21,82	
<b>Toplam düşük/ölü doğum sayısı</b>	Yok	100,08±25,96	<b>t=-0.0163 0,871</b>
	1 ve üstü	100,43±26,78	
<b>Aile hekimine izlem sayısı</b>	Hiç	100,26±28,58	<b>F=0.718 0,488</b>
	1-4	99,25±27,15	
	5 ve üstü	101,62±23,96	

SS: Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maximum, Z: Mann Whitney U, t:Bağımsız Örneklemde t Testi, F: ANOVA, x2: Kruskal Wallis p<0,05 İstatistiksel Anlamlılık

Tablo 4.33.'da çalışmaya katılan kadınların demografik ve obstetrik özelliklerine göre DSABÖ puanının değişimleri incelenmiştir. Evli katılımcıların DSABÖ ortalaması 100,37±26,11 ve bekar olan grup ile aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Evlenme yaşı, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyal güvencenin DSABÖ puan ortalamaları üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0,05). DSABÖ puan ortalamasını etkileyen bir diğer faktörün gelir durumu olduğu, geliri giderinden fazla olan grubun ortalamasının 105,56±25,19 olduğu ve gruplar arası istatistiğin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Doğum şekli de DSABÖ puan ortalamasını etkileyen diğer bir faktördür. Vajinal doğum yapan grubun ortalaması (101,24±26,19) epidural-spinal anesteziyle doğum ortalamasından (93,71±25,06) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Planlı gebelik, gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşama, gebelik takiplerini yaptırma durumları da DSABÖ puan ortalaması üzerinde değişiklik oluşturmamıştır (p>0,05). DSABÖ puan ortalamasını etkileyen bir diğer faktör de doğumun yapıldığı yerdir. Tıp Fakültesi Hastanesi en düşük ortalamaya (83,15±25,16) sahip iken, en yüksek ortalama 105,30±27,50 ile özel hastanedir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Doğumu yaptıran kişi DSABÖ puan ortalamasında fark oluşturmazken (p>0,05) doğuma hazırlık eğitimi alma durumları DSABÖ puan ortalamasında fark

oluşturmaktadır. Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların ortalaması  $104,52 \pm 26,37$ , doğuma hazırlık eğitimi almayan kadınların ortalamasından ( $96,29 \pm 25,36$ ) yüksek bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Aynı şekilde yaş da DSABÖ ortalamalarını etkileyen bir diğer faktördür. Yaş grubu en düşük olan 19-24 yaş aralığının en yüksek DSABÖ puan ortalamasına ( $102,31 \pm 21,97$ ) sahip olduğu, en yüksek yaş grubunun ise en düşük DSABÖ puan ortalamasına ( $99,35 \pm 28,96$ ) sahip olduğu ve tüm gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Çalışmaya dahil olan kadınlara ait obstetrik özellikler ise DSABÖ puan ortalamaları üzerinde herhangi bir etkiye sahip değildir ( $p > 0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Doğumda Saygılı Annelik Bakımı son yıllarda literatürde çok fazla rastladığımız bir kavram olup, kadınların aldıkları bakımı bu kavramsal boyutta değerlendirmesi oldukça önemlidir. Türkiye’de genellikle kadınların doğumda memnuniyet, konfor, doğum ağrısı ve doğum korkusu üzerine değerlendirmeler yapılmaktadır. Ancak bu faktörler saygılı annelik bakımının bütün bileşenlerini değerlendirmede yeterli olmamaktadır. Bu nedenle saygılı annelik bakımı tanımını oluşturan faktörlerin dahil olduğu bir ölçek geliştirilmesi ve bu ölçek ile düzey belirleme çalışması yapılması amaçlanmıştır.

Bu bölümde araştırmanın üç aşaması, her aşama ayrı olacak şekilde literatür eşliğinde araştırma soruları dikkate alınarak tartışılmıştır. İlk olarak nitel çalışmanın bulguları alanyazın eşliğinde yorumlanmıştır. İkinci aşamada literatür doğrultusunda ölçek geliştirme çalışmasının kanıtları açıklanmış, üçüncü aşamada ise nicel çalışma verileri güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

### 5.1. 1.Aşama: Doğumda Saygılı Annelik Bakımı Fenomenolojik İnceleme

Araştırmanın birinci aşamasında nitel araştırma yöntemi ile kadınların sağlık tesislerinde doğum eylemleri sırasında almış oldukları bakım değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kadınların doğum eylemleri sırasında ve sonrasında aldıkları bakım algıları fenomenolojik olarak incelenmiştir. Fenomenolojinin temelini insan deneyimlerini anlamak oluşturmaktadır. İnsanların duygu, bakış açısı ve algılarını belirli bir kavram veya fenomen ışığında ifade etmelerine olanak sağlayan ve bu fenomenin nasıl yaşandığını tanımlamak için kullanılan nitel araştırma yöntemidir (Tekindal & Uğuz Arsu, 2020). Bu açıdan bakıldığında fenomenolojik yaklaşım Saygılı Annelik Bakımını anlamlandırabilmek için kullanılabilir en önemli yöntemlerden biridir. Çünkü doğum eylemini yaşayan kadın, aldığı bakım ve hizmetleri kendi bakış açısı ile ifade edebilme şansı bulmaktadır. Doğumun biyolojik bir süreç olmasının yanında psikososyal bir olay olması, kadınların doğuma verdikleri tepkilerin kültürel kurallar ve ritüellerden etkilenmesine yol açmaktadır (Sayiner & Çömezoğlu, 2022).

Araştırmanın birinci aşamasında “Kadınlar doğumda kendilerine verilen bakımı nasıl algılamaktadır?” sorusuna cevap aranmış ve bu doğrultuda hazırlanan yarı

yapılandırılmış görüşme formu neticesinde 431 ifade listelenmiştir. Bu ifadeler DSÖ'nün Pozitif Doğum Deneyimi için İntrapartum Bakım Klavuzu'nda bulunan Saygılı Annelik Bakım tanımı çerçevesinde alt temalara ayrılmıştır. Bu tanım; “tüm kadınlar için onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan, zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan, eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan, organize edilebilen ve sağlanan bakım” olarak ifade edilmektedir (World Health Organization, 2018). Literatürde Saygılı Annelik Bakımı'na ait başka bir tanım bulunmamakla birlikte çalışmalar bu tanımı destekleyecek nitelikte devam etmektedir (Deliktas Demirci vd., 2019; Downe, Lawrie, vd., 2018; Hajizadeh vd., 2020; Miyauchi vd., 2022; Paudel, 2022; Puthussery vd., 2023). Bu nedenle çalışmada Doğumda Saygılı Annelik Bakımı 4 alt temaya ayrılmıştır. Bunlar;

1. Alt tema: Onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan veya korumayan bakım algıları,
2. Alt tema: Zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan bakım algıları,
3. Alt tema: Eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan veya sağlamayan bakım algıları,
4. Alt tema: Organize edilebilen ve sağlanan bakım algılarıdır.

#### **5.1.1. 1.Alt tema: Onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan veya korumayan bakım algıları**

Bu alt temada; kadının doğum için hastaneye geldiği andan itibaren, mahremiyet, onur ve gizliliğine müdahale edebilecek her türlü çevre veya insan ilişkisini, müdahale ve diğer bileşenleri içermektedir. Küresel çapta, 32 ülkeden altmış yedi çalışmanın dahil edildiği, sağlık tesislerinde doğum sırasında saygılı bakımın niteliksel bir kanıt sentezinde, SAB'nın 12 alanı sentezlenmiştir. On iki maddenin üç tanesi mahremiyet, gizliliğin, kadınların onurunun korunmasıdır (Shakibazadeh vd., 2018). Çalışmada, diğer temalarda da yer alabilen bu kavramların sınırlarını çizmek mümkün olamamıştır. Çünkü onur kırıcı davranış zarar veren bir yaklaşımda olabilmektedir. Aynı zamanda bakımda onur, mahremiyet veya gizliliğin yer almaması obstetrik şiddeti düşündürmekte ve obstetrik şiddet kapsamında tartışılması gerektiği düşünülmektedir.

Doğum eyleminde kadınlar, doğum süreci ile baş etmeye çalışırken aynı zamanda bilinmeyen ortam ve mahremiyetlerini koruma konusunda da stres yaşayabilmektedir. Doğum eylemi sırasında yoğun uygulanan obstetrik ve jinekolojik değerlendirme, muayene yöntemleri ile kadınların mahremiyetleri ihlal edilebilmekte ve bu durum kadının utanma duygusu ile birlikte yoğun korku yaşamasına yol açabilmektedir (Bekmezci & Özkan, 2015). Özellikle doğum alanlarının konfigürasyonu, bazen pratikte hafife alınsa da, doğum vakalarında önemli bir rol oynayabilmektedir (Nicoletta vd., 2022). Doğum yeri, doğumda meydana gelen hormonal ve biyofiziksel değişikliklerin, kadının davranışsal tepkilerini etkileyebilen hem fiziksel hem de ruhsal bir alandır (Sayiner & Çömezoğlu, 2022). Nicoletta ve arkadaşları (2020)'nin hem nicel hem de nitel araştırma yöntemlerinin (anket, mekansal analiz) kullanıldığı ve farklı disiplinleri (mimarlık, çevre psikolojisi ve ebelik) kapsayan çok merkezli karma yöntem çalışmalarının sonuçları, doğum ortamlarında stresi azaltan ve rahatlamayı sağlayan sakin bir atmosferin normal doğumu kolaylaştırdığı ve fizyolojik faydalar sağlaması açısından önemli olduğu, annenin özerklik ve kontrol kapasitesinin yanı sıra güvenlik algısının da doğum fizyolojisini desteklediğini bildirmektedir (Nicoletta vd., 2022). Bellini ve arkadaşları (2023)'de "Doğum Ortamında Duyusal Tasarım: Mevcut Vaka Çalışmalarından Öğrenmek" isimli çalışmasında; doğum alanı gereksinimleri etki değerlendirme verisi olarak doğum odası koridorunda perdenin kapatılması ile oluşturulan filtre sayesinde, kapı açıldığında görülme riskinin olmadığı, özel ve sakin bir atmosfer yaratılarak doğum ortamına saygı gösterildiği, kadınların kendi yeteneklerine olan güvenin ve kontrol duygusunun arttığı bildirilmektedir (Bellini vd., 2023). Bu açıdan kadınların kendine özel, duş ve banyo imkanlarının bulunduğu odalarda, başka odaya veya yatağa geçmeden doğum yapabilmesi, odaya girerken izin istenmesi veya doğumda olmasını istediği kişiler ile doğum yapma istekleri doğumun fizyolojisine saygı duyulması anlamında önemlidir. Bu durum küresel olarak kadınların SAB'ının kapsamını oluşturan öğelere dair tutarlı bakış açılarının olduğunu göstermektedir (Shakibazadeh vd., 2018).

Annelerin doğum bakımı sırasında karşılaştıkları saygısızlık ve istismar, üstü kapalı saygısızlık ve aşağılamadan aleni şiddete kadar pek çok biçime bürünebilir. Bunlar; fiziksel istismarı, rızasız klinik bakımı, gizli olmayan bakımı, onursuz bakımı (sözlü taciz dahil) ve belirli hasta özelliklerine dayalı ayrımcılığı, bakımın terk

edilmesini veya reddedilmesini ve tesislere kapatılmayı içerebilmektedir (Khan vd., 2022). Sağlık hizmetlerinde bireylere onurlu davranılmalı ve bu durum lüks bir beklenti olarak görülmemelidir. Özellikle doğum yapan kadınlar için bu durum çok önemlidir çünkü saygınlık stresi azaltır. Birçok çalışma stres ve izolasyonun doğumun ilerleyişini bozduğunu ve komplikasyon riskini artırdığını bildirmektedir. Tersine, sosyal destek, doğum sırasında bir refakatçinin varlığı, arkadaş canlısı, destekleyici bir ebe ve sakin, sıcak bir ortam, annelerin bakım deneyimlerinde büyük bir fark yaratabilmekte ve aynı zamanda komplikasyon risklerini de azaltabilmektedir (World Health Organization, 2018). Perera ve arkadaşları (2018) doğum sırasında aşırı ağrı, korku, aşağılanma ve/veya onur kaybı yaşadıklarını hisseden on kadın ile bireysel derinlemesine görüşmeler yaptıkları fenomenolojik çalışmalarında; kadınların çoğunun doğum sırasında doğum bakımı sağlayıcıları tarafından uygulanan sözlü veya duygusal şiddete ilişkin dokunaklı deneyimlerinden bahsetmektedir. Pek çok kadın doğum sırasında kendilerini 'çok üzgün', 'hakarete uğramış', 'utanmış', 'aptal', 'şok' ve/veya 'şaşkın' hissettiğini belirtmiştir (Perera vd., 2018). Abuya ve arkadaşları (2015) doğum sırasında saygısız ve istismarcı bakımın yaygınlığını belirledikleri çalışmada kadınların %18'nin onursuz bakım aldığını, onursuz bakım unsurlarının; bağırarak ve azarlamak gibi onursuz bir dil kullanmak, hizmetlerin durdurulması tehditleri/ameliyathaneye gitmekle tehdit etme, aşağılayıcı isimler takma, gülme veya küçümseme şeklinde olduğunu bildirmektedir (Abuya vd., 2015). Kadınların onurlarına saygı gösterilmemesi obstetrik şiddet unsurlarından biridir. Obstetrik şiddet, kadınların fiziksel ve zihinsel bütünlüklerini ihmal etmekte ve sahip oldukları hakları riske atmaktadır. Bu durum halk sağlığı problemi olması yanında insan hakkı ihlalidir (Kilci vd., 2020). Çalışmada, kadının yaşadığı olayı onurunu zedeleyebilen aşağılanma duygusu ile belirtmekte kendine hak ihlali olarak görmektedir. Bir diğer katılımcı ise normal doğum yapmaktan yaşadığı şikâyeti bildirmektedir. Bu durum kadınların gelecekteki doğum şekillerini, tekrar üreme kararlarını ve sağlık tesisi kullanma durumlarını değiştirebilir. Nitekim Ishola ve arkadaşları (2017)'nin yaptıkları sistematik inceleme; genel olarak saygısız ve istismarcı davranışların doğum için sağlık tesislerinin kullanımını azalttığı ve kadınlar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında psikolojik mesafe yarattığı bildirilmektedir (Ishola vd., 2017).

### 5.1.2. 2.Alt tema: Zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan bakım alguları

Bu alt tema altında; kod/maddeler zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan maddeler içermekte iken diğer alt temaları da içeren kodlar bulunabilmektedir. Çünkü saygısızlık ve istismarın sıklıkla birden fazla kategoriye girdiği görülmektedir. Kategorilerin birbirini dışlaması değil, bir süreklilik boyunca örtüşmesi amaçlanmaktadır (Bowser & Hill, 2010). Zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan maddeler; kadının, sağlık profesyonellerini ve doğumda uygulanan müdahaleleri kendi zihin süreçlerinden geçirerek yansımalarını içermektedir. Özellikle ebelerin sağladığı sürekli destek kadınlar tarafından, huzur, anlayış, iyilik, meditasyon, nazik, şans, aile gibi kelimeler ile ifade edilmektedir. Olumlu bir doğum deneyimi için Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım tavsiyelerinden 4.'sü “Bilinen bir ebeğin veya bilinen ebelerden oluşan küçük bir grubun bir kadını doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası süreç boyunca desteklediği ebe liderliğindeki bakımın sürekliliği modelleri, iyi işleyen ebelik programlarının olduğu ortamlardaki gebeler için önerilmektedir.” şeklindedir (World Health Organization, 2018). Sosa ve arkadaşları (2018), üç farklı doğum ortamını değerlendirdikleri etnografik çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldığı bildirilmektedir (Sosa vd., 2018).

- 1- Doğumda ebeğin birebir desteği, klinik uygulamaya dönüştürüldüğünde bir orandan daha fazlasıdır.
- 2- Ebe liderliğindeki doğum ortamlarında denge gerektiren bakımın altı bileşeni bulunmaktadır. Bunlar: (1) mevcudiyet, (2) ebe-kadın ilişkileri, (3) başa çıkma stratejileri, (4) doğumun ilerlemesi, (5) doğum partnerleri ve (6) ebelik desteği.
- 3- Altı bileşenin dengesi kadınların ihtiyaçlarına göre ayarlandığında, planlandığı gibi gitmese bile kadınlar doğum ve doğum deneyimlerinden memnun kalmaktadır.
- 4- Doğum yapan tüm kadınlar için bir ebe/bir kadın oranı mevcut olmalıdır.

Literatür doğrultusunda da kadının doğum deneyimlerini ebelik desteği üzerinden anlamlandırması farklı bir sonuç değildir. Ebelik uygulamalarının destekleyici olması doğum eyleminden memnuniyeti artırdığı kadar destekleyici olmayan uygulamaların da memnuniyeti azaltması tesadüf olmamalıdır. Rubashkin ve arkadaşları (2024) dört doğum bakım modelini inceledikleri çalışmada; topluluk

doğum grubunun (evde, doğum merkezlerinde doğum yapan veya doğumun başlamasından sonra hastaneye transfer edilen) -bizde serbest ebe- diğer bakım modellerine göre (seçilmiş doktor, seçilmiş hastane ebesi veya kamu sağlık sistemine uygun bakım) daha düşük obstetrik müdahaleler ve daha yüksek saygı gördüğünü bildirmektedir. Çalışmanın önemli bir diğer sonucu ise kadınların saygısız bakım oranlarının en yüksek olduğu yerin kamu sağlık sistemine uygun bakım aldıkları kurumlar olduğudur (Rubashkin vd., 2024).

Doğumda beslenmeye izin verilmeme, sürekli elektronik fetal monitörizasyon, sürekli vajinal muayene ve epizyotomi doğum sürecini yönetirken kullanılan sık müdahalelerdendir. Kadınlar doğum eylemleri sırasında uygulanan bu müdahalelere isteyerek veya istemeyerek eşlik etmektedir. Özellikle epizyotomi uygulanmaması kadınların önem verdikleri hatta seçimlerini etkileyen bir müdahale olarak karşımıza çıkmaktadır. Açık bir öneriyi destekleyecek yeterli kanıtın bulunmadığı veya sıklıkla uygunsuz şekilde kullanılan doğum uygulamaları arasında erken kordon klemplenmesi, oksitosin, epizyotomi, doğumun ikinci aşamasında soyunma odaları, amniyotomi, intravenöz kanül ve valsalva manevrası yer almaktadır (Giordano & Surita, 2019). Jiang ve arkadaşları (2017) sistematik incelemesinde; enstrümental doğumun planlanmadığı kadınlarda, seçici epizyotomi politikaları, ciddi perineal/vajinal travma geçiren kadınların sayısının azalmasını sağlayabileceği, rutin epizyotominin perineal/vajinal travmayı azalttığıının mevcut kanıtlarla desteklenmediğini belirtilmektedir (Jiang vd., 2017). Gu ve arkadaşları (2022) yapmış oldukları sistematik derlemede rutin epizyotomi yerine seçici epizyotomi önermektedir (Gu vd., 2022). DSÖ'nün Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım klavuzu düşük riskli gebelerde sürekli fetal monitörizasyon ve epizyotomi tavsiye edilmezken, ağızdan sıvı ve besin alımı önerilmektedir (World Health Organization, 2018). Doğum eyleminde, serviksi, amniyotik sıvıyı ve fetüsün bölümlerini değerlendirmek amacıyla jinekolojik muayene kullanılabilir. Jinekolojik muayene “uygulanması gerekli, fakat hoşnut olunmayan, rahatsızlık, utanç ve ağrı verici bir durum” şeklinde tanımlanmaktadır (Bay & Özerdoğan, 2020). Teskereci ve arkadaşları (2020), kadınların doğum sırasında uygulanan vajinal muayeneye ilişkin deneyimlerini inceledikleri fenomenolojik çalışmada; kadınların vajinal muayene sırasında acı, sızı, utanç, korku gibi pek çok olumsuz duyguyu yaşadıkları bildirilmektedir (Teskereci vd., 2020). Vajinal muayenenin doğum



eyleminin değerlendirilmesinde kullanılan gerekli bir uygulama olduğu bilinmektedir. Ancak doğum sırasında vajinal muayene için daha iyi iletişim ve onam süreçlerinin sağlanması ihtiyacı vurgulanmaktadır. Bazı ortamlarda perdelerin varlığı gibi önlemler, kadınların mahremiyetine yardımcı olabilirken, dünya çapında saygılı bir doğum bakımı sağlamak için bu muayene yönteminin yerini alacak özel müdahalelerin gerekliliği de ortadadır (Adu-bonsaffoh vd., 2022). Bu açıdan bakıldığında katılımcıların vajinal muayene esnasında onam alınması ve olumlu sözlü veya sözsüz iletişim yöntemlerinin kullanılması talebi saygılı annelik bakımının sağlanması için önemlidir.

Düşük riskli kadınlar için zararlı olabilecek, ancak acil durumlarda veya bazı yüksek riskli vakalarda yararlı veya gerekli olabilecek, bu nedenle yalnızca tıbbi olarak endike olduğunda kullanılacak uygulamalardan biride sürekli elektronik fetal monitörizasyondur (EFM) (Lalonde vd., 2019). Kadınların doğum ağrısı sırasında kendi pozisyonunu alması, özellikle dikey pozisyonlar kullanılması doğumu kolaylaştırıcı yöntemlerden biridir. Ancak sürekli EFM kadınların dikey pozisyonlar almasını engellemektedir (Denizhan Kırcan & Akdolun Balkaya, 2021). Düşük riskli gebeliği olan kadınların, kardiyotokografiyi kabul etmesinin sezaryen olma ihtimalini %20 oranında artırdığı bildirilmektedir (Sayiner & Çömezoğlu, 2022). Çalışmada kadınlar, doğum ağrısı sırasında EFM'ye bağlanmanın kendilerinde oluşturduğu olumsuz hisleri ifade etmektedir. Özellikle K10 tarafından ifade edilen “Ebemin gösterdiği fedakarlığa karşılık bende nst'ye sabredebildim” yorumu kadınların zorluklara ebe desteği ile sabredebildiklerini göstermektedir.

### **5.1.3. 3.Alt tema: Eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan veya sağlamayan bakım algıları**

Diğer alt temalarda bulunan maddeler ile birlikte bu alt temada öne çıkan konular, daha çok bilinçli seçim yapmayı kolaylaştırıcı bilgilendirme, kadının kendini ifade etme isteği, eş desteği, doğum ortamı ve ebeğin tanınmasının verdiği rahatlık olmuştur. Eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim yapmayı kolaylaştırıcı bilgilendirmeler içinde, etkili iletişim teknikleri ile birlikte, doğum süreci ve sürecin ilerleyişi, farmakolojik veya nonfarmakolojik ağrı ile başatma yöntemleri, hastane protokolleri, yapılan işlem, muayene ve sonuçları, yol gösterme, problem çözmede öneriler verme, gevşeme, solunum ve ıkınma yöntemlerini öğretme yer almalıdır (Gökçek & Yazıcı, 2022; Karaçam & Özge, 2011). Çalışmada kadınların ebeden

beklediği bilgilendirmeler genel anlamda ağrı ile başatma yöntemleri ve doğumun ilerleyişi hakkındadır. Çalışmada görülen diğer bir sonuçta, kadınların veya yakınlarının sorularını rahat sorabilmesi ihtiyacıdır. Altay (2019) yüksek lisans tez çalışmasında; eylem ve doğum sırasında kadına verilen bilgilendirme desteğinin ağrıyı azalttığı ve doğum süresini kısalttığı, aynı zamanda kadınların destekleyici bakıma ilişkin algılarını ve doğum memnuniyetlerinin arttığını bildirmektedir (Altay, 2019). Bilgilendirme desteği, destekleyici bakımın yalnızca bir parçasıdır (Gökçek & Yazıcı, 2022). Bu açıdan kadının doğum eylemini iyi yönetebilmesi ve daha iyi bir doğum deneyimi için daha geniş desteklenmeye gereksinim duymaktadır (Kaçar & Yazıcı, 2020). Bunu da en iyi yapacak kişiler ebelerdir. Shahinfar ve arkadaşları (2021)'de yapmış oldukları nitel çalışma sonucunda, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde güçlenmesini ve memnuniyetini arttırmada sürekli ebelik bakımının etkili olduğunu ve sürekli ebelik bakım modellerinin kullanılmasının önünün açılması gerektiğini bildirmektedir (Shahinfar vd., 2021).

Kadınların desteklenmesi sırasında ihtiyaç duydukları noktalardan biri de kadının normal doğum yapma gücünün ortaya çıkarılmasıdır. Katılımcıların ebelerden gördüğü bu destek ifadelerine yansımıştır. 'Güç', kişinin istediğini yapabilmesini veya elde etmesini sağlayan bir enerjidir. Yaşamak için güç şarttır. 'Bütünleştirici gücü' kullanmanın temel amacı, kadının bedensel duyularına ve sezgilerine (içgüdüsel doğum) kendiliğinden ve anlamlı bir şekilde yanıt verebilmesini sağlamak için, kadının zihin ve bedeninin bütünleşmesini desteklemektir. İçgüdüsel doğum, kadının eylem ve doğum sırasında bu bedenlenmiş güce erişerek kendiliğinden doğum yapmasıdır (Fahy & Parratt, 2006). Ebeler kadının bu güce erişmesinde anahtar rol oynayabilmektedir. Ancak bu durum birbirini tanıyan iki insan arasında ortaya çıkabilecek bir ilişki modeli olabilir. Waldenström ve Nilsson (1994) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, doğum merkezi bakımı ile standart obstetrik bakımı karşılaştırmışlar ve doğum merkezinde, aynı ebe ekibiyle bakım alan kadınlarda daha az farmakolojik ağrı kesici kullanımı, daha fazla ebe desteği, daha fazla doğum sırasında duygularını ifade etme konusunda daha fazla özgürlük yaşadıkları bildirilmektedir (Waldenström & Nilsson, 1994). Aynı zamanda, anne adayları sağlık profesyonelleriyle olan etkileşimlerinde güven, destek ve ilgi deneyimlediğinde, kontrolün kendilerinde olduğunu hissederler, içsel güç ve tatminden yararlanırlar ve sonuçta olumlu doğum deneyimleri yaşarlar (Deliktas Demirci vd., 2019). Hastanede,

doğum merkezinde ve evde doğum yapan kadınların davranışlarını inceleyen bir çalışmada, hastanede doğum yapan kadınların olaylara ve bakıcılara karşı pasif şekilde cevap veren hastalar oldukları, doğum merkezi ve evde doğum yapan kadınların ise kontrolü ele geçirdiği ve özgürce hareket ettiği gözlemlenmiştir (Sayiner & Çömezoğlu, 2022). Çalışmada belirttiği gibi kadınların içindeki gücün ortaya çıkarılmasında, doğum merkezleri ve evde hastaneden farklı olarak sürekli ebelik desteğinin bulunmasıdır. Saygılı Anelik Bakım kapsamında sürekli ebelik desteğinin hastane ortamlarında da yaygınlaştırılması önemlidir.

Çalışmada çoğu kadının dile getirdiği bir ihtiyaçta eş/yakın desteğine olan gereksinimdir. Bazı katılımcılar doğumda eş/yakın desteği alabilirken bazı katılımcılar ise talep etmesine rağmen bu ihtiyaçtan mahrum kaldıklarını bildirmiştir. Türkiye’de yapılan nitel bir çalışmada, kadınların doğumun ilk evresinde ailelerinden ve arkadaşlarından destek aldıklarını, bunun kendilerini güvende ve rahat hissetmelerini sağladığını bildirmektedir. Ancak hiçbir akraba ya da arkadaşın olmaması durumunda kendilerini yalnız hissettikleri ifade edilmektedir (Deliktas Demirci vd., 2019). Çalışma bulgularının benzer olması bu ihtiyaçların kadınlar için evrensel olduğunu düşündürmektedir. Doğum gibi evrimsel bir süreçte kadınlara eşlik edecek eşlikçiler ve bakım verenlerden beklentisi güven duyduğu bireyler olmasıdır. Çünkü bu süreçte kadınlar duyuşsal ve fiziksel güvenlik isteklerinin karşılanmasını beklemektedir (Sayiner & Çömezoğlu, 2022). Katılımcılar, doğumda bir yakının olmamasını “Doğumum sırasında kimsem yoktu yanımda, kendimi yalnız hissettim (K6,13,14).” veya “Eşimin/yakınının yanımda olmasını, elimi tutmasını isterdim (K5).” şeklinde ifade etmektedir. Kadınların eş desteğini talep etmeleri durumunda sağlık profesyonelleri tarafından “Eşimi/yakınımı çağırarak istediğimde "bayılırsa sorumluluk kabul etmiyoruz" dediler (K15).” şeklinde cevap alması da çözülmesi gereken bir problem olarak varlığını sürdürmektedir. Çünkü kadının beklentilerine aşına olan eş, aile ve arkadaşlar rehberlik edebilir. Ancak bu durum aile ilişkilerine göre değişebilmektedir. Örneğin kadınlar bazı aile üyelerine (örneğin kayınvalideler) güvenmediklerini belirtirken, diğerleri doğum odasında çok sayıda akrabasının varlığını stresli bulabilmektedir (Deliktas Demirci vd., 2019). Kadınların doğum gibi evrimsel bir olayda yalnız veya güvenmedikleri insanlar ile birlikte olmaları, ihtiyaçlarının karşılanmamasına ve saygılı anelik bakımının sekteye uğramasına yol açabilir.

#### 5.1.4. 4. Alt tema: Organize edilebilen ve sağlanan bakım algıları

Hasta ve danışan hakları açısından, doğum bakımının kalitesinin artırılması ve SAB'a ulaşılması sağlık sisteminin temel hedefi olmalıdır (Taavoni vd., 2018). Bu alt temada kadınların doğum bakım kalitesini arttırmaya yönelik sağlık sisteminin uygulanmasını teşvik ettiği veya etmediği girişimler bulunmaktadır. Kadınlar, eylem ve doğum sırasında hareket özgürlüğü ve dik pozisyonlar kullandığında, ılık duş aldığı ve perine masajı ve doğum sonrası ten tene temas yapıldığında kendilerini daha rahat ve doğum ağrılarını daha kolay karşıladıklarını bildirmiştir. Downe ve arkadaşları (2018) 19 ülkeden 37 çalışmayı dahil ettikleri "Doğum sırasında kadınlar ne ister?" isimli sistematik nitel incelemede, dünyada ki pek çok kadının doğasında bulunan fiziksel ve psikolojik kapasitelerinin kullanıldığı, güvenli ortamlarda, doğum arkadaşları tarafından desteklenerek, yetkinliği bulunan ve teknik destek sağlayabilecek bilgiye sahip, nazik, hassas sağlık personeli ile sağlıklı şekilde bebeğine kavuşmayı talep ettikleri bildirilmektedir (Downe, Finlayson, vd., 2018). Kadınların bu arzularına yerine getirmek için düşük teknoloji bakım stratejileri doğumda yardımcı olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 30 yıl önce teknolojiyi "yöntemlerin, tekniklerin, ekipmanların ve bunları kullanan insanların birleşimi" olarak tanımlamıştır. "Düşük teknoloji" olarak adlandırılan doğum araçları, doğum yapmak için kullanılan bir hamak, beslenme ve rahatlama sağlayan şifalı bitkiler, yiyecekler gibi günlük hayattan aşına olduğumuz basit stratejiler ve makat bebeği döndürmek için dış sefalik versiyon gibi ampirik temelli uygulamalardan oluşmaktadır. Doğum süreçlerine ilişkin bu tür manevi veya ampirik temelli bilgi, doğum ilerledikçe pozisyon değişikliklerini ve güvenilir doğum görevlilerinin yardımını teşvik eden stratejiler aracılığıyla kadınlara perinatal dönem boyunca duygusal ve fiziksel destek sağlamaktadır (Jordan & Thatcher, 2009). Literatürde kadınlara, doğum eyleminde uygulanan perine masajının, doğum konforunu arttırdığı, perineal ağrı algısını azalttığı ve daha düşük genital sistem travması oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Yaşar Yetişmiş & Aksoy Derya, 2023). Esnek sakrum pozisyonları (diz çökme, dört ayak üzerinde durma, doğum koltuğuna oturma ve yan uzanma), sakrumdan ağırlığın alındığı ve böylece pelvik çıkışın genişlemesine izin veren pozisyonlardır. Literatürde esnek sakrum, doğum topu ve çömelme pozisyonlarının doğumun ikinci evresinin süresini azalttığı bildirilmektedir (Karwan Fares & Mirkhan Ahmed, 2021). Aynı şekilde güncel randomize kontrollü bir çalışma;

doğum topu ve sıcak düşün olumlu bir doğum deneyimi yaratmada etkili olduğu, doğum eyleminde her iki uygulamanın da kullanılabilceği bildirilmektedir (Sharifipour vd., 2022). Bu şekilde düşük teknoloji bakım stratejilerinin kullanıldığı ve olumlu etkilerini bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır (Maude & Foureur, 2007; Rocha vd., 2020; Solt Kırca & Kanza Gul, 2022; Thies-Lagergren vd., 2013). Bu açıdan bakıldığında düşük teknoloji bakım stratejileri Doğumda Saygılı Anelik Bakımının vazgeçilmez parçalarından olabilir.

Bundan önceki alt temaların içeriklerine uygun maddelerinde bulunduğu 4.alt tema, hem sağlık profesyonelleri hem de hastaneden beklentileri de içermektedir. Bu açıdan Doğumda Saygılı Anelik Bakımın kontrol edilmesinde hastane ve hatta sağlık sistemi yöneticilerinin görev ve sorumlulukları olduğu görülmektedir. “Refakatçim için ayrı bir dinlenme odası vardı.”, “Doğumhanede sürekli doğum masası, ilaçlar, steril malzemeleri görmek beni daha fazla gerdi.”, “Doğum odasının penceresi yoktu/açılmıyordu.” gibi talepler sağlık çalışanlarının sorumluluk alanları dışında ve hatta bazen hastane yönetimini aşan uygulamalar olabilmektedir. Yalnızca davranışsal bileşenleri iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler, kadınlara yönelik kötü muameleyi azaltma konusunda yetersiz kalabilmektedir. Kaliteli bakımın klinik olmayan bir yönü olarak SAB, hizmet sağlayıcıların uygulamalarına dayanmasına rağmen, diğerlerinin yanı sıra altyapı, bilgi ve sevk sistemleri, finansman ve motivasyon gibi diğer sistem bileşenleri arasındaki etkileşimlere de açıktır (Asefa vd., 2020). Bu etkileşimler neticesinde kadınlar, doğumda güvende olduklarından emin olmaya çalışırken dış çevreye odaklanmaya zorlanmaktadırlar. Bu durum, doğumun etkili ilerlemesi için gerekli olan bilinçaltı bağlantı kurmayı engellemektedir (Sayiner & Çömezoğlu, 2022). Bu durumda Doğumda Saygılı Anelik Bakımını düzeltmenin çaresini yalnızca sağlık profesyonellerinde aramak haksızlık olacaktır. Bu nedenle SAB’ni kısıtlayan karmaşık engelleri ele almak için sistem kaynaklı müdahaleler de gerekmektedir.

## **5.2. 2.Aşama: Doğumda Saygılı Anelik Bakımı Ölçek Geliştirme Çalışması**

Doğumda Saygılı Anelik Bakımı zamanında bakım arama davranışını teşvik etmek ve sonuçta annelerin ve bebeklerinin sağlığını ve refahını sağlamak için gereklidir. Saygısız ve istismarcı bakım, zamanında doğum sağlığı hizmeti almanın önündeki engellerden biri olarak kabul edilmektedir (Paudel, 2022). Saygılı annelik

bakımı, bakım veren ve gebe arasında kişiler arası ilişkilerin kalitesi de dahil olmak üzere doğum sırasında memnuniyeti artırmaktadır. Doğum bakımını iyileştirmenin önemi ve daha iyi sağlık hizmetleri için planlama yapılması gerekliliği göz önüne alındığında, doğum bakım merkezlerinde, hastanelerde ve kliniklerde sunulan bakımın uygun araçlarla değerlendirilmesi ve SAB'ı etkileyen çeşitli faktörlerin değerlendirilmesi gerekmektedir (Taavoni vd., 2018). Bu motivasyon ile çalışmada, kültürümüze özel, 26 maddelik 3 alt boyutu bulunan Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği'nin geçerlilik-güvenirlilik analizleri yapılmış ve uygulanabilir bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır.

Titiz bir ölçek oluşturmanın üç aşaması vardır: madde geliştirme, ölçek geliştirme ve ölçek değerlendirme; bunlar ayrıca dokuz adıma ayrılabilir. İlk adım, ölçmeye çalıştığımız alanı/alanları açıkça ifade etmektir (Boateng vd., 2018). Araştırmanın birinci aşamasında Doğumda Saygılı Annelik Bakım algılarını ifade edecek ölçek maddeleri, nitel araştırmalardan fenomenolojik yöntem kullanılarak oluşturulmuştur. Fenomenoloji grup halindeki bireylerin ortak deneyimlerini vurguladığından (Tekindal & Uğuz Arsu, 2020), bu yöntem aracılığı ile maddelerin oluşturulmuş olması çalışmanın kültüre özgü ve deneyimleri ortaya çıkaran bir çalışma olduğunu göstermektedir. Madde havuzunun, düşünülen ölçeğin en az üç katı veya daha fazla maddeyi içerek şekilde hazırlanması gerektiği belirtilmektedir (Tavşancıl, 2014). Çalışmada 431 ifadeden oluşan madde havuzundan ölçek maddesi olabilecek, saygılı annelik bakım tanımına uyan 83 madde ile taslak ölçek oluşturulmuştur.

Ölçeklerde kapsam geçerliliği ile ölçek maddelerinin konuyu temsil etme gücü tespit edilerek maddelerin amaca hizmet etme dereceleri belirlenmekte ve temsil etme gücü yüksek ifadeler ölçeğe dahil edilmektedir (Yeşilyurt & Çapraz, 2018). Taslak ölçek 18 uzman tarafından Davis tekniğine uygun değerlendirilmiştir. Davis tekniğinde en az 3, en fazla 20 uzmanın görüşüne ihtiyaç olmaktadır (Yusoff, 2019). 83 maddelik taslak ölçek için 18 uzman görüşünün alınmış olması literatür ile uyumludur. Davis tekniği uzmanları A="Uygun", B="Madde hafifçe gözden geçirilmeli", C="Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve D="Madde uygun değil" şeklinde değerlendirilerek, A+B seçeneklerini işaretleyen uzman sayısını, toplam uzman sayısına bölerek maddeye ait KGİ katsayısının elde edilmesi ve 0,80'den düşük maddelerin elenmesini sağlayan bir yöntemdir (Yurdagül, 2005). Bu değerlendirme yöntemi ile 17 madde ve uzman görüşleri sonucu algı ölçemeyen, doğum sonu bakım

içeren, anlaşılmayan ve benzer olan 23 madde taslak ölçekten çıkarılmıştır. 43 maddelik nihai taslak ölçek pilot çalışma olarak 30 kişilik örnekleme uygulanmış, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı yüksek derecede güvenilir bulunduğu ve toplam madde korelasyon değerlerinin yüksek olması sonucu, asıl örnekleme uygulanmasına karar verilmiştir.

Nihai taslak ölçek, her bir madde, dahil edilme kriterlerine uyan, on katılımcıya denk gelecek şekilde 437 lohusaya uygulanmıştır. Gerekli örneklem büyüklüğü, değişkenler arasındaki varyasyon düzeyi ve faktörlerin aşırı belirlenme düzeyi (yani değişkenlerin faktör sayısına oranı) dahil olmak üzere çalışmanın çeşitli yönlerine bağlıdır (Boateng vd., 2018). Faktör analizinde örneklem büyüklüğü önemli olmasına rağmen, farklı görüşler bulunmaktadır ve literatürde çeşitli yol gösterici kurallardan bahsedilmektedir (Williams vd., 2010). Temel kural her ölçek maddesi için en az 10 katılımcıdır, yani yanıtlayanların maddelere ideal oranı 10:1'dir (Boateng vd., 2018). Yapısal analizlerin istikrarı ve tekrarlanabilirliğine ilişkin kanıtlara dayanarak, özellikle hedef nüfusu temsil eden bir örnek olmak üzere en az 300 yanıtlayıcı olması da diğer bir öneridir (Clark & Watson, 2019). Bir diğer görüş ise; 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000 veya daha fazlası mükemmel şeklindedir (Williams vd., 2010). Bu açıdan örneklem boyutunun, her bir madde 10 katılımcıya gelecek şekilde, iyi-çok iyi aralığında olduğu görülmektedir.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) aşamalarından biri olan, veri setinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi Bartlett Sphericity Testi, örnek büyüklüğünün AFA'ya uygun olup olmadığının değerlendirmesi Kaiser-Meyer Olkin (KMO) ile test edilmiştir. KMO endeksi 0 ile 1 arasında değişmekte olup, 0,50 değeri faktör analizi için uygun kabul edilmektedir. Faktör analizinin uygun olabilmesi için Bartlett Küresellik Testinin anlamlı ( $p < 0,05$ ) olması gerekir (Williams vd., 2010). Bartlett Küresellik Testinin anlamlı olması, değişkenler arasındaki matrisin faktör analizi için anlamlı olduğu yani faktör analizi yapılabileceği gösterilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Kaiser-Meyer-Olkin bire yakın olması, ölçekteki değişkenin, diğer değişkenler ile mükemmel şekilde tahmin edileceği, değerler sıfır veya sıfıra yakın çıkması durumunda ise korelasyon dağılımında dağınıklık olduğu için yorum yapılamayacağını ifade eder (Kaya, 2013). Literatür doğrultusunda değerlendirdiğimizde, ölçek KMO "oldukça iyi" ve Bartlett Küresellik Test sonuçları

anlamli olduğundan veri setinin faktör analizine uygun olduğu ve örneklem büyüklüğünün AFA için uygun olduğu gösterilmiştir.

Veri analizinde kullanılan istatistik testleri, “parametrik” veya “nonparametrik” testler şeklinde, verinin yapısı, ölçek türü ve hipoteze bağlı olarak sınıflandırılabilir. Parametrik testler, parametrik olmayan (nonparametrik) testlere göre, istatistiksel gücü ve etki büyüklüğü daha yüksek olan testlerdir. Aynı zamanda birinci ve ikinci tip hataya karşı da oldukça dirençlidir (E. Demir vd., 2016). Normal dağılımın, basıklık (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) olmak üzere iki bileşeni bulunmaktadır. Çarpıklık, verinin mod medyanı ve ortalamasının birbirine göre durumuyla ilgilidir. Ortalama, dağılımın ortasında bulunduğunda simetrik dağılımdan söz edilebilir; dolayısıyla herhangi bir çarpıklık yoktur. Ortalama, dağılımın ortasında olmadığında simetrik olmayan bir dağılım yani çarpık dağılım söz konusudur. Verilerin ortalamadan uzaklaşması veya ortalamaya yaklaşması basıklık ile ilgilidir. Başka bir ifade ile verilerin standart sapması ile ilgilidir. Standart sapma küçük olduğunda sivri bir dağılım olur; standart sapmanın büyük olması durumunda ise düzleşmiş bir dağılım söz konusudur (Demir, 2022; Tabachnick & Fidell, 2013). Çarpıklık ve basıklık değerleri çoğunlukla sıfırdan farklı olduğundan bu değerler için kabul edilebilir aralıklar  $\pm 2$  şeklinde belirlendiği kaynaklarda belirtilmektedir (Demir, 2022; E. Demir vd., 2016; George & Mallery, 2010; Tabachnick & Fidell, 2013). Veri analizine geçmeden önce DSABÖ, DAMDÖ ve alt boyutlarının, basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Bu değerlerin literatürün belirttiği şekilde  $\pm 2$  aralığında olduğundan kullanılacak istatistik testlerinin “parametrik” olmasına karar verilmiştir.

Madde toplam korelasyonları, her madde ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Ancak madde ile kendisi dışındaki diğer maddelerin toplam puanı arasındaki korelasyonu inceleyen düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu tercih edilmektedir (Boateng vd., 2018). Madde toplam puan korelasyonu, her maddenin ayırt edicilik indeksini vermektedir. Madde ayırt edicilik indeksinin test maddelerini en az üç şekilde iyileştirdiği bulunmuştur. İlk olarak, çok kolay, çok zor veya belirsiz olabileceği için katılımcılar arasında ayırım yapmayan, ayırmacı olmayan maddeler kaldırılmalıdır. İkinci olarak, negatif ayırmacılık yapan maddeler, örneğin tıbbi olarak depresyon tanısı alan ve depresyonu olmayan katılımcılar arasında mutluluk ölçeğinde doğru şekilde ayırım yapmayan maddeler yeniden incelenmeli ve değiştirilmelidir. Üçüncüsü, pozitif ayırmacılık yapan maddeler



saklanmalıdır; örneğin, tıbbi olarak depresyonu olmayan katılımcıların büyük bir kısmı tarafından doğru şekilde onaylanan, tıbbi olarak depresyon tanısı konan katılımcılar tarafından ise çok düşük düzeyde onaylanan maddelerdir. Aynı şekilde düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları çok düşük ( $<0,30$ ) olan maddeler geçici ölçekten silinebilmektedir (Boateng vd., 2018). Madde toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması, testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Genel ifade ile madde toplam korelasyon katsayısı 0,30 ve yüksek maddelerin iyi derecede ayırt edici olduğu, 0,20- 0,30 arasında olan maddelerin ise zorunlu olması halinde teste alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi, 0,20'den düşük maddelerinde teste alınmaması gerektiği bildirilmektedir (Karaca vd., 2014). Literatüre uygun olarak tüm maddeler birbiri ile anlamlı iken hiçbir maddenin toplam korelasyonunun 0.20'nin altında olmadığı görülmüştür. Böylelikle ayrımcı olmayan, negatif veya pozitif ayrımcılık yapan maddelerin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada faktörlerin çıkarılması için AFA ve DFA testleri uygulanmıştır. AFA, değişkenler arasındaki paylaşılan varyansı belirlemeyi amaçlamaktadır (Carpenter, 2018). Özellikle ölçek geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin ilk aşamalarında (Yaşlıoğlu, 2017), değişken sayısını azaltmak, değişkenler arasındaki yapıyı veya ilişkiyi incelemek, yapı geçerliliğini değerlendirmek, önerilen teorileri kanıtlamak veya çürütmek amacıyla AFA kullanılmaktadır (Williams vd., 2010). Scree testi, faktör sayısını belirlemede dört yöntemden biridir. Bir dağ eteğindeki taş yığını, faktörlerden türetilen eigenvalues (özdeğerler)'in görsel bir grafiğidir. Faktör sayısına ilişkin kesme çizgisi, subjektif olarak düz noktalı çizgiden ayrıldığı noktadır. Scree testi özdeğer kuralından daha doğru kabul edilir (Carpenter, 2018). DSABÖ'nin eigen value scree test şekli, eğrinin üçüncü faktörde kırıldığını göstermektedir. Üç faktörlü yapı açıklayıcı faktör analizi sonuç tablosunda da görülmektedir. Varyansa katılma kriterlerine göre, özdeğer (eigenvalue) 1'den büyük olan faktörler anlamlı kabul edilir. Aynı zamanda açıklanan varyansın toplam varyansın %50'sini açıklıyor olması faktör analizinin önemli bir kriteridir (Yaşlıoğlu, 2017). Bu nedenle faktör yükleri %45 eşliğinin üzerinde olan maddeler birleştirildiğinde mükemmel ölçekler oluşabilmektedir (Robinson, 2018). Çalışmada, birinci faktörün varyansın %45.596'sını açıkladığı, ikinci faktörün %9.375'ini, üçüncü faktörün %7.132'sini açıkladığı ve toplam varyansın ölçeğin %62'sini açıkladığından güçlü bir faktör yapısına sahip olduğu düşünülebilir.

Çalışmada, AFA sonucunda, her bir maddenin faktörü içinde ağırlığını gösteren bir katsayı tablosu oluşturulmuştur. Bu tabloda faktör yük değerleri verilmektedir. Faktör yükü, bir madde ile faktör arasındaki korelasyondur. Yükler diğer değişkenlerle olan korelasyonlarına göre pozitif ya da negatif olabilir. Önerilerin gözden geçirilmesine dayanarak ve mevcut çalışmada bulunan farklılıklar nedeniyle, anlamlı bir kesme düzeyinin 0,32 olması önerilir, ancak 0,30-0,40 arasında herhangi bir değer literatür tarafından desteklenmektedir (Carpenter, 2018). Bu aşamada 43 maddelik taslak ölçeğin 0,30'dan düşük faktör yüküne sahip ve birden fazla faktörde dağılan 11 madde ve düzeltilmiş madde toplam korelasyonu 0.20 altında kalan 6 madde çıkarılarak AFA tekrarlanmış ve sonucunda 0,20 faktör yükünün altında değer olmadığı görülmüştür. Açımlayıcı faktör analizinde, faktör yapısını yorumlayabilmek ve her bir maddenin faktör yüklerini maksimum yapabilmek amacıyla faktör döndürmesine başvurulmaktadır. Genel olarak dik ve eğik olmak üzere iki çeşik döndürme yöntemi bulunmaktadır. Dik döndürme faktörler birbiri ile daha az ilişkili olduğunda kullanıldığından (Koyuncu & Kılıç, 2019), çalışmada varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Varimax yönteminde birden fazla faktörde yüksek faktör yükleri olan madde sayısının minimize edilmesi amaçlanmıştır (Koyuncu & Kılıç, 2019).

Doğrulayıcı faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterliliği, koşullara (faktör sayısı, parametre kestirim yöntemi ve madde sayısı) göre değişebildiğinden, örneklem büyüklüğünü ifade edecek genel kabul görmüş bir sayı bulunmamaktadır ancak AFA yapılan örnekleme DFA için de kullanmak ile ilgili tartışmalar bulunmaktadır. Aynı örnekleme AFA ve DFA uygulandığında veri yapısının deneysel olarak ortaya konulacağı ileri sürülmüştür (Koyuncu & Kılıç, 2019; Yaşlıoğlu, 2017). Diğer taraftan örneklemin yeterince büyük olması durumunda veri rassal olarak ikiye bölünerek bir gruba AFA diğerine ise DFA yapılması da yöntemler arasındadır. Yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılması durumunda da aynı evrenden seçilen rastgele ve farklı örneklemler üzerinde de AFA ve DFA yapılabilir (Koyuncu & Kılıç, 2019). Çalışmada ölçek geçerlilik ve güvenilirlik testleri için evrenden toplanan aynı örnekleme (n=437) AFA ve DFA uygulanmıştır. Aynı zamanda çalışmanın üçüncü aşaması için aynı evrenden toplanan farklı bir örnekleme de (n=800) DFA uygulanmış ve uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür. Çünkü model

hatalarını önlemeyebilmek amacıyla büyük örneklem seçilmesi literatür tarafından desteklenmektedir (Koyuncu & Kılıç, 2019).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), teoriyi üreten bir modelden daha ziyade teoriyi test eden bir model olarak ifade edilmektedir. Bu analizde araştırmacı, hangi değişkenin hangi boyut ile veya hangi boyutların birbiri ile ilişkili olduğunu ifade eden bir hipotez veya model oluşturur. Bu yol ile model kuramsal veya deneysel bir temele dayandırılır. AFA ile belirlenen faktörler ile kuramsal olarak ifade edilen faktörler arasında uyum olup olmadığı doğrulayıcı faktör analizi ile ortaya konulur (Doğan vd., 2017). Model uyumunu değerlendiren pekçok indeks bulunmaktadır ve hangi indekslerin raporlanması gerektiği hususunda farklı görüşler bulunmaktadır. DFA çalışmalarında,  $\chi^2$  değeri, CFI (Comparative Fit Index/Karşılaştırılmalı uyum indeksi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation/Yakınsama hatalarının kareleri ortalamalarının karekökü), %90 güven aralığı, NNFI (Normalleştirilmemiş uyum indeksi Non-normed Fit Index) ve SRMR (Standartlaştırılmış artıkların kareleri ortalamasının karekökü/Standardized Root Mean Square Residual) ikili ölçütlerin herhangi birisinin kullanılmasını önerilmektedir (Koyuncu & Kılıç, 2019). Çalışmada ikinci aşamada toplanan 437 örnekleme uygulanan DFA testi  $\chi^2/df$  ve SRMR sonuçları kabul edilebilir uyum indeksi değerleri içerisinde ve diğerleri de kabul edilebilir indeks değerlerine yakın bulunmuştur. Bu durum daha geniş örnekleme DFA testlerinin tekrarlanması durumunda sonuçların daha iyileşeceğini göstermektedir. Çalışmanın üçüncü aşamasında toplanan 800 örnekleme uygulanan DFA değerleri; CFI ve  $\chi^2/df$ , RMSEA, NFI ve TLI değerleri kabul edilebilir uyum indeks değerleri içerisinde iken, SRMR değeri iyi uyum indeks değeri, GFI değerinin ise kabul edilebilir uyum indeks değerlerine yakın olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. En az iki veya daha fazla uyum indeksinin göz önünde bulundurulması model uyumunun sağlıklı ve doğru şekilde değerlendirilmesi açısından etkili bir yöntemdir (Koyuncu & Kılıç, 2019). Doğrulayıcı faktör analizinde bir diğer göstergede regresyon katsayılarının anlamlılığıdır. Modelde gizil değişkenden gözlenen değişkene doğru yönelen oklar, gizil değişkenin gözlenen değişkeni yordadığı, tek yönlü doğrusal ilişkiyi temsil eden hipotezlerdir. Bunlar path (yol) olarak adlandırılmakta ve analiz sonucunda her bir yol katsayısının anlamlı olup olmamasına, yani gizil değişkenin kendi gözlenen değişkeni anlamlı şekilde yordayıp yordayamadığına bakıldığını ifade etmektedir. Bu öge normalde faktör analizindeki faktör yüklerine denk gelmekte, bu oklar herbir maddenin kendi gizil değişkeninin iyi

bir temsilcisi olduğunun göstergesi şeklinde ifade edilmektedir (Doğan vd., 2017). Çalışmada regresyon katsayılarının yüksek olması ve istatistiksel anlamlılık, faktörlerin DSABÖ gizil değişkeni üzerindeki etkisinin anlamlı ve mükemmel düzeyde olduğunu göstermektedir.

Cronbach alfa en çok kullanılan iç tutarlılık ölçüsüdür (Hajjar, 2018). Alfa, test öğelerinin farklı alt kümelerinin ne ölçüde benzer ölçümler üreteceğini yansıtır. Cronbach, alfanın “test puanının maddeye özgü faktörlerden ziyade genel ve gruba ne kadar bağlı olduğunu bildirdiğini” öne sürmektedir (Taber, 2018). Cronbach Alpha değeri, 0.70 ve üzerinde olduğunda, ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, 2002; Durmuş vd., 2016) ancak ölçeklerin psikometrik kalitesi açısından 0,80 ile 0,95 aralığında olması tercih edilmektedir (Boateng vd., 2018). Çalışmada Doğumda Saygılı Annelik Bakım ölçeği genel puanının, doğumda profesyonel destek ve doğumda ortamın uygunluğu alt boyutları oldukça yüksek güvenilirlikte iken doğumda bakım ve hizmetler alt boyutunun da oldukça güvenilir olduğu bulunmuştur. Ölçek maddelerinin çıkarılması durumunda ölçeğin iç tutarlılığının değişimi incelendiğinde, hiçbir maddenin çıkarılmasının ölçek güvenilirliğini artırmayacağı görülmüştür. Güvenilirlik analizi sonuçları, DSABÖ maddelerinin tatmin edici bir ayırt etme gücüne sahip olduğunu göstermektedir.

Diğer bir güvenilirlik testi de katılımcının performansının tekrarlanabilir olma derecesini değerlendirmek için uygulanan alternatif form güvenilirliğidir. Alternatif form güvenilirliği “Aynı testin farklı formlarının ilişkililik derecesidir” (Hajjar, 2018). Güvenirliğinin test edilmesi amacıyla, aynı içerikte ve aynı zorlukta maddelerden oluşan iki eşdeğer form, aralıksız veya aralıklı şekilde uygulanır. Formlar arasında korelasyon sonucu oluşan katsayı güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanmaktadır (Karakoç & Dönmez, 2014). Alternatif form olarak “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada DAMDÖ iç tutarlılık katsayılarının oldukça yüksek güvenilirlikte olduğu, aynı anda uygulanan DSABÖ ile yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir. Bu testte güvenilirlik, kullanılan formlar arasında yüksek derecede ilişki bulunması ile belirlenmektedir (Çakmur, 2012).

Çalışmada güvenilirliğin test edilmesi amacıyla kullanılan diğer bir yöntemde test-tekrar test güvenilirliğidir. Test tekrar test yöntemi zamana göre değişmezliğin güçlü bir belirleyicisidir (McCrae vd., 2011). Test tekrar test, bir ölçme aracının aynı

koşullarda, aynı örnekleme, belirli bir zaman sonra iki kez uygulanmasıdır. Bu testte iki uygulama sonunda elde edilen değerlerin korelasyonu alınır ve bu katsayı güvenirlik katsayısı olarak değerlendirilir (Karakoç & Dönmez, 2014; Yaşlıoğlu, 2017). Çalışmada on beş gün ara ile aynı örnekleme iki kez uygulanan ölçek değerlerinin korelasyonu sonucu, yüksek düzeyde güvenirlik gösterdiği görülmektedir. İki test arasındaki ilişki aynı yönde değişmektedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Algısal alan testleri için 0,90'a eşit veya daha büyük korelasyonlar, sübjektif testler için 0,50'ye eşit veya daha büyük korelasyonlar, tutum ölçümleri için 0,70'e eşit veya daha büyük korelasyonlar kabul edilebilir (Hajjar, 2018).

Geçerlilik, test kalitesi açısından tartışmasız en hayati ölçüttür ve testin ölçtüğünü iddia ettiği şeyi ölçüp ölçmediğiyle ilgilidir. "Geçerli" terimi Latince "güçlü" anlamına gelen "validus" kelimesinden türemiştir. Bir ölçüm aracının geçerliliği, aracın ölçmeyi iddia ettiği şeyi ölçme derecesi olarak yansıtılır; bu durumda geçerliliğin doğruluğa eşdeğer olduğu söylenir. Geçerlilik şu üç kavram bağlamında kullanılır: testin biçimi, testin amacı ve önerildiği popülasyon. Bu nedenle "Bu geçerli bir test mi?" sorusunu cevaplamak yerine "Vermem gereken karar için bu test ne kadar geçerli?" şeklinde değiştirilmesi tercih edilir. Yapısal geçerlilik, yakınsak geçerlilik, içerik geçerliliği ve ayırma geçerliliği gibi farklı geçerlilik türleri vardır (Hajjar, 2018). Ölçek geliştirme çalışmasının kapsam geçerliliği için uzman görüşü ikinci adımında alınmıştır. Daha sonra yapısal geçerliliğin belirlenmesi amacıyla faktör analizleri, AFA ve DFA uygulanmış ve sonuçları tartışılmıştır. En son aşamada, yapısal geçerliliği test eden, bilinen gruplar geçerliliği yapılmıştır. Araştırmacı bir testten anlamlı olarak farklı puan alması beklenen gruplar belirlenerek ölçme aracı iki gruba ayrılır ve gruplar arası farkın anlamlı olması beklenir (Aksayan & Gözüm, 2003). Çalışmada %27'lik üst ve alt grupların ölçek puan ortalamalarının tek tek maddeler açısından karşılaştırılmasında anlamlı istatistiksel farklılık olduğu ve bütün maddelerin ayırt edici özellik gösterdiği bulunmuştur. Gruplar arasında farkın istatistiksel anlamlı olması, ölçeğin geçerliğinin yüksek olduğu ve istenen tutum, davranış veya algıyı ölçtüğü/ayırdığını göstermektedir. Dolayısıyla düşük puan ve yüksek puan alan katılımcılarda, tüm maddelerin ayırt edici özellikte olduğu tespit edilmiştir.

Ölçek geliştirme çalışmasında tepki yanlılığı Hotelling  $T^2$  testi yoluyla araştırılmıştır. Tepki yanlılığında maddelere verilen yanıtların homojen olması ve soru

ortalama değerlerinin birbirine eşit olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Diğer bir ifade ile ölçekte yer alan soruları her bir katılımcının aynı yaklaşımla algılanıp algılanmadığı ve böylece her bir sorunun zorluk seviyesi ölçülmüş olur (Aksayan & Gözüm, 2003). Çalışmada Hotelling  $T^2$  testinin anlamlı çıkması bireylerin maddeleri kendi görüşlerine göre cevapladıkları anlamına gelmektedir.

Ölçeğin yordama geçerliğini tecrübe etmek ve ölçekten elde edilecek puanının olası kesme noktasını belirleyebilmek için (Banoğlu, 2012) ROC analizi kullanılmıştır. ROC analizi, klinik epidemiyolojide, tıbbi teşhis testlerinin, tipik olarak "hastalıklı" ve "hastaliksız" olarak adlandırılan iki hasta durumu arasında ne kadar doğru ayırım yapabildiğini ölçmek için kullanılır (Hajian-Tilaki, 2013). İdeal olarak, en iyi "kesme" değeri, hem en yüksek duyarlılığı hem de en yüksek özgüllüğü sağlamaktadır. ROC eğri grafiğinde dikey ekseninde en yüksek ve yatay ekseninde en soldaki nokta (sol üst köşe) bulunarak ROC eğrisi üzerinde konumlandırılır. Ancak bu idealin gerçekleşmesi nadir görülebilmektedir. Dolayısıyla örneğin daha düşük özgüllük pahasına daha yüksek duyarlılığın seçilmesi söz konusu olabilmektedir (Fan vd., 2006). ROC analizi sonucu eğri altında kalan alanın 0,50 değerinin üzerinde olması gerekmekte, bire yaklaştıkça ayırt etme gücü artmaktadır (Yılmaz vd., 2023). Test sonucu bu iki değer arasında bulunan bir alana sahip olmalıdır. Çalışmada, 437 örneklemlilik ölçek geliştirme ve 800 örneklemlilik tanımlayıcı çalışmanın her ikisinde spesifite ve sensivite değerleri hesaplanmış, bire en yakın değer aldıkları puana en yakın 85 puanın kesme noktasına uygun bulunmuştur. Yani DSABÖ puanı 85 puan altında olanların doğumda saygılı annelik bakımını yeterince almadığı, 85 puan ve üzerinde alanların ise doğumda saygılı annelik bakımını yeterince aldığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Ölçek likert tipte, 1:Kesinlikle Katılmıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum aralığında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek, toplam puan 130 iken en düşük puan ise 26'dır. Ölçeğin ters maddesi bulunmamaktadır. DSABÖ kesme noktası dikkate alındığında doğumda yeterince saygılı annelik bakımı alan ve doğumda yeterince saygılı annelik bakımı almayan lohusaların aralarındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu görülmektedir. Bu sonuç kesme noktasının ayırt edici olduğunu göstermektedir.

### 5.3. 3.Aşama: Postpartum Kadınlarda Saygılı Annelik Bakım Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Araştırmanın birinci aşamasında oluşturulan ve ikinci aşamasında geliştirilen DSABÖ'nin ülke genelinde uygulanması ile elde edilen verilere ilişkin istatistiklerin değerlendirilmesi yapılmıştır. DSABÖ'nin kesme noktasına göre Türkiye genelinde Doğumda Saygılı Annelik Bakım oranı %78,75'dir. Bu oran Türkiye'nin sahip olduğu ilk Doğumda Saygılı Annelik Bakımını yeterli alan kadınların oranıdır. Türkiye'de Saygılı Annelik Bakım'ının bazı bileşenlerini içeren doğum memnuniyeti, konforu, destekleyici bakım, görsel analog veya doğum deneyimi/beklentisi ölçekleri, doğumda aldığı bakıma ilişkin kadının algısını ölçmek üzere kullanılmaktadır. Doğum memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Özcan ve Aslan (2015)'in çalışmasında; normal doğum yapan lohusaların memnuniyet düzeyinin oldukça düşük olduğu (Özcan & Aslan, 2015), Olgun (2019) çalışma sonucunda ise kadınların, %70,4'ünün orta düzeyde memnuniyete sahip olduğu ve yüksek düzeyde doğum memnuniyetine sahip lohusa bulunmadığı bildirilmektedir (Olgun, 2019). Oveysi ve Apay (2021) çalışma sonucunda ise; doğumda destekleyici bakım ve memnuniyet ortalamalarının yüksek olduğu ve doğumda destekleyici bakım arttıkça doğum memnuniyetinin arttığı bildirilmektedir (Oveysi & Apay, 2021). Doğumda Saygılı Annelik Bakımı oranını bu oranlar ile tartışmak mümkün görünmemektedir ancak çalışma sonucumuzu kendi içinde değerlendirdiğimizde kadınların dörtte üçünden daha fazlasının doğumda saygılı annelik bakımını yeterli aldığı söylenebilir.

Dünyada özellikle Ortadoğu ve Afrika ülkelerinde SAB konusunda çalışmalar bulunmaktadır. Ruanda'nın Doğu Eyaletinde kadınların (%70,2)'sinin saygılı annelik bakımı aldığını bildirmiştir (Muhayimana vd., 2024). Wassihun ve Zeleke (2018)'de Etiyopya'da yapmış oldukları çalışmada; saygılı doğum bakımı deneyimi genel yaygınlığının %57 (Wassihun & Zeleke, 2018), West-Shewa bölgesinde yalnızca %35,8'inin (Bulto vd., 2020), Tebriz'de yapılan diğer bir çalışmada ise %63,42'sinin Doğumda Saygılı Annelik Bakımı aldığını (Hajizadeh vd., 2020) bildirilmektedir. Kuzey Ürdünde 310 katılımcının yer aldığı tanımlayıcı bir çalışmada, kadınların orta düzeyde SAB yaşadığı bildirilmektedir (AbuAlrub vd., 2022). Esan ve arkadaşları (2022) tarafından Nijerya'da yapılan bir çalışma; doğumun gözlemlenmesiyle alınan SAB düzeyi ortalama puan yalnızca %38,2 ile düşük iken ölçek ile belirlenen SAB

düzeyinin oldukça yüksek (%79,2) olduğu tespit edilmiştir (Esan vd., 2022). En az veya az gelişmiş ülkelere göre Türkiye’de Doğumda Saygılı Annelik Bakım oranının yüksek olduğu açıktır. Ancak Türkiye’de 2022 sezaryen oranının %60,1 ve primer sezaryen oranının %31,1 (“Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022,” 2023) olduğu ve uygun destek, saygı ve uzmanlık verildiğinde çoğu kadının fizyolojik olarak doğum yapabileceği (Sayiner & Çömezoğlu, 2022) düşünüldüğünde doğumda saygılı annelik bakım oranının ülke şartlarına göre istendik düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Bu konuyu özellikle sezaryen oranları ile ilişkilendirebilecek daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Doğumda saygılı annelik bakımı algısını etkileyen faktörlere baktığımızda; medeni durum, gelir durumu, doğum yapılan yer, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu ve yaşın etkili olduğu görülmektedir. Medeni durumu evli olan kadınların doğumda yeterli saygılı annelik bakım alma ihtimalleri daha fazla olduğu bulunmuştur. Abuya ve arkadaşları (2015) çalışmasında, evli olan kadınların, bekar olanlara veya hiç evlenmemiş olanlara göre iki kat daha fazla ihmal edilme olasılığı olduğunu bildirmektedir. Bir başka çalışmada, düşük saygılı annelik bakımı alan, yalnız yaşayan kadınların oranının, birlikte ve evli yaşayan kadınlara göre fazla ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu bildirilmektedir (Muhayimana vd., 2024). Literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Bu durum sosyokültürel faktörlere bağlı değişebilmektedir. Evlenmemiş kadınların sosyal destek ve ekonomik yetersizliğe bağlı olarak daha savunmasız kalma (Baranowska vd., 2019) ihtimaline bağlı daha düşük düzeyde doğumda saygılı annelik bakımı almış olabilir.

Kadınların doğumlarında saygılı annelik bakımı algılarını etkileyen bir diğer faktörde gelir durumudur. Geliri giderinden fazla olan kadınların, doğumda saygılı annelik bakımını daha fazla yeterli algıladığı görülmektedir. Wassihun ve Zeleke (2018) doğum sırasında saygısızlık ve istismar yaygınlığının %43 olduğu çalışmalarında; düşük gelire sahip katılımcıların, geliri daha yüksek olan katılımcılara göre saygısızlık ve istismara uğrama olasılıkları iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Wassihun & Zeleke, 2018). Benzer bulgular diğer çalışmalarda da gösterilmiştir (AbuAlrub vd., 2022; Gogoi vd., 2022). Gelir durumu kadının pek çok özelliğini etkileyebilecek temel faktördür. Gelir durumu iyi olan kadınlar, daha iyi koşullarda gebeliğini yaşama, sağlık bakım alma, daha iyi ortamlarda doğum yapma gibi imkanların olduğu bir doğum deneyimi yaşayabilirler. Bu durum onların doğumda



saygılı annelik bakım alma ihtimallerini artırabilir. Ancak bu sonuç, sağlıkta eşitliği ihlal ettiğinden bu soruna yönelik gelir durumu düşük bireylerinde saygılı annelik bakımına ulaşma imkanı artırılmalıdır.

Çalışmada, doğum şekli doğumda saygılı annelik bakımını etkileyen diğer bir faktördür. Vajinal doğum yapan kadınlar, epidural-spinal anestezi ile doğum yapan kadınlara göre daha yüksek ölçek puanına sahiptir. Yani epidural-spinal anestezi ile vajinal doğum yapmış kadınlar doğumda saygılı annelik bakımını daha az yeterli bulmaktadır. Baranowska ve arkadaşları (2019) kadınların eylem ve doğum sırasında bakıma ilişkin görüşlerinin alındığı çalışmalarında, enstürimental doğum yaşayanların, sezaryen ve vajinal doğum yapanlara göre, en fazla suistimale uğradığı bildirilmektedir (Baranowska vd., 2019). Epidural anestezi, doğum ortamında kadının özerkliğini, hareket özgürlüğünü ve doğumla başa çıkma becerisini etkileyebilecek uygulamalardan biridir (Hodnett vd., 2013). Aynı zamanda epidural-spinal anestezi ile doğum, normal doğuma göre daha fazla müdahale oranı ve daha fazla müdahale komplikasyonu demektir (Öz, 2019). Bu nedenlere bağlı olarak epidural-spinal anestezi ile vajinal doğum yapanlar daha düşük ölçek puanlarına sahip olmuş olabilir.

Çalışmada DSABÖ puanlarını etkileyen bir diğer faktörde doğum yapılan yerdir. Yani kurumlar değiştikçe kadınların doğumda saygılı annelik bakım algılarında değişmektedir. En düşük ölçek puanına sahip kurum Tıp Fakültesi Hastanesi iken, en yüksek ölçek puanına sahip kuruluşlar özel hastanelerdir. Tıp Fakültesi, doğumevi, şehir hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastaneler arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Yani Tıp Fakültelerinde doğum yapan kadınlar doğumda saygılı annelik bakımını yeterli algılamazken, özel hastanelerde doğumda saygılı annelik bakımını daha yeterli algıladıkları bulunmuştur. Doğumevleri de özel hastanelerden sonra ikinci sırayı almaktadır. Gogoi ve arkadaşları (2022)'de Hindistan'da yaptıkları çalışmada, saygısızlık ve istismar açısından Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Merkezi ve Bölge Hastaneleri arasında herhangi bir fark olmadığını bildirmektedir (Gogoi vd., 2022). Sheferaw ve arkadaşları (2019) çalışmasında, sağlık merkezlerinin hastanelere göre daha yüksek SAB performansı gösterdiği, istatistiksel olarak farklı olan uygulamaların, kadınları kabul etme, selamlama, kadınları soru sormaya teşvik etme, yürümeyi ve pozisyon değiştirmeyi teşvik etme, kadınların hafif yiyecek almasını sağlama ve kadınlara tercih ettiği pozisyonda doğum yapmaya izin verme olduğu bildirilmektedir (Sheferaw vd., 2017). Bir diğer çalışmada ise genel hastanede doğum

yapmanın özel hastaneye göre üç kat daha fazla saygılı annelik bakımını ifade etmekte olduğu bildirilmektedir (Amsalu vd., 2022). Kurum ve kuruluşların sahip olduğu imkanlar, sağlık çalışanı farklılıkları, doğum ortamları ve “özel hastane” algısı bu farklılığın oluşmasında etkindir. Devlet kurumları başta olmak üzere doğum hizmeti veren tüm kurumların saygılı annelik bakım hizmetlerini uygulaması gerekmektedir. Bu farklılığı oluşturabilecek ayrımlardan biride doğumu yaptıran sağlık profesyonelleri arasındaki fark iken çalışmada doğumu yaptıran kişi grubunda doğumda saygılı annelik bakım puanları açısından herhangi bir fark bulunmamıştır. Abualrup ve arkadaşları (2022) çalışmasında, ebe yardımı alan kadınların, doktorlardan bakım alan kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek SAB puanı aldığını bildirilmektedir (AbuAlrub vd., 2022). Ebelerin, hemşirelere, sağlık memurlarına ve doktora kıyasla daha iyi SAB hizmet sağlayıcı olduğu (Sheferaw vd., 2017), çoğu katılımcının yüksek düzeyde saygı ve özerklik bildirdiği, ebelik bakımının sürekliliğini deneyimleyen katılımcıların SAB daha yüksek oranlara sahip olduğu çalışmalarda gösterilmektedir (Jenkinson vd., 2021). Ebeler aldıkları eğitimin doğum bakımına odaklanması nedeniyle iyi birer SAB hizmet sağlayıcısıdır. Çalışmada doktor ve ebe arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır. Katılımcıların kendilerine doğum sırasında destek olan sağlık profesyonelinin tanıması, tam bir meslek ayrımının yapılmaması bu sonucun çıkmasına katkıda bulunabilir.

Kadınların doğumda saygılı annelik bakım algılarını değiştirecek müdahalelerden biridi de doğuma hazırlık sınıflarıdır. Çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi almış gebelerin daha yüksek ölçek puan ortalamasına sahip olduğu yani doğumda saygılı annelik bakımını daha fazla yeterli algıladığı tespit edilmiştir. Literatürde, ebeveynlik sınıflarına katılmayan kadınların yüksek düzeyde istismar bildirdiği (Baranowska vd., 2019) ve olumlu bir doğum deneyimi yaratmanın en etkili stratejilerinin kadının doğum sırasında desteklenmesi, minimal müdahale ile intrapartum bakım ve doğuma hazırlık olduğu bildirilmektedir (Taheri vd., 2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan iki grubu karşılaştıran yarı deneysel bir çalışma sonucunda, eğitim alan grubun planlı sezaryen oranlarının daha düşük olduğu, doğum deneyimlerinden daha fazla memnuniyet bildirdikleri, doğum sürecinde daha fazla destek aldıkları, doğum sırasında ağrıyla baş etmede daha fazla teknik kullandıkları ve bebekleriyle daha erken temas kurdukları aktarılmaktadır (Sarpkaya Güder vd., 2019). Kadınların doğuma hazır gelmeleri, eğitilmiş olmaları, doğum stresi

ile baş etmeye yönelik stratejilerinin olması eylem ve doğum sırasında kadının işini ve aynı zamanda ebeninde işini kolaylaştıran bir müdahale olduğu sahada aktif olarak görülebilmektedir. Doğuma hazırlık sınıflarının saygılı annelik bakımını teşvik etmeye yönelik etkileri daha özel çalışmalar ile araştırılmalı ve etkileri ortaya konularak yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği puan ortalamaları üzerinde etkili olduğu bulunan diğer bir faktörde yaştır. Çalışmaya katılan kadınlar yaş gruplarına ayrıldığında en yüksek puan ortalamasına sahip grup 19-24 yaş aralığı iken, en düşük puan ortalamasına sahip grup 35 yaş ve üstü bulunmuştur. Genç yaşa sahip kadınlar doğumda saygılı annelik bakımını daha fazla yeterli algıladığı görülmektedir. Literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Esan ve arkadaşları (2022) çalışmasında 25-35 yaş grubuna göre hem genç hemde ileri yaş gruplarında saygılı annelik bakım puanları daha düşük bulunduğu ve sonucun anlamlı olmadığı bildirilmektedir (Esan vd., 2022). Diğer çalışmalarda, 25 yaşın altındaki bireylerde, diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde istismar yaşandığı (Baranowska vd., 2019) veya yaş grupları arasında herhangi bir farkın bulunmadığı (Muhayimana vd., 2024) sonuçları bulunmaktadır. Çalışmada 19-24 yaş aralığının doğumda daha fazla saygılı annelik bakım alıyor olması, kadınların bu yaş aralığında ilk doğumlarını yapmalarından kaynaklanabilir. İlk doğum için kadınlar daha fazla hazırlık yapabilmekte, eğitim almakta ve isteyerek gebe kalabilmektedir. Çalışmada istatistiksel fark 35 yaş üstü ve 19-24 yaş aralığındaki kadınlar arasında görülmektedir. 35 yaş üstü kadınlarda komplikasyon riskinin artıyor olması daha fazla müdahaleye maruz kalmalarına, istenmeyen gebeliklerin artmasına yol açmış olabilir. Daha geniş çalışmalar ile bu yaş grubundaki kadınların bakım algılarını değiştirecek müdahalelere odaklanılmalıdır. Çünkü doğurganlık yaşı ilerlemekte ve zamanla ileri yaş gruplarında doğum oranlarını artacağı görülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, kadınların, doğumda aldıkları bakımı fenomenolojik olarak değerlendirmek, elde edilen bulgular ile geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen ölçüm aracı ile doğumda saygılı annelik bakım düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

1. Kadınlar doğumda kendilerine verilen bakımı nasıl algılamaktadır?
2. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği kadınlara verilen bakımı ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
3. Doğumda Saygılı Annelik Bakım Ölçeği alt boyutları nelerdir?
4. Doğumda Saygılı Annelik Bakım düzeyi nedir?
5. Doğumda Saygılı Annelik Bakımını etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırma soruları çerçevesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Doğumda ve eylem sürecinde kadınların bakım algılarını, saygılı annelik bakımı tanımı kapsamında açıklayabilecek 4 alt tema bulunmaktadır. Bunlar;
  - Onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan veya korumayan bakım algıları,
  - Zarar ve kötü muameleden uzak durmayı sağlayan veya sağlamayan bakım algıları,
  - Eylem ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli destek sağlayan veya sağlamayan bakım algıları
  - Organize edilebilen ve sağlanan bakım algılarıdır.
- Doğumda saygılı annelik bakımı birinci alt temada, kadınların doğum yaptığı çevre, doğuma eşlik edenler ve mahremiyete duyulan saygıya ilişkin kodlar/maddeler bulunmaktadır.
- Doğumda saygılı annelik bakımının ikinci alt temasında, sağlık profesyonelleri ile yaşanan ilişkiler, ebelik desteği, uygulanan veya uygulanmayan müdahaleler karşısında kadının algıları yer almaktadır.
- Doğumda saygılı annelik bakımının üçüncü alt teması, doğum yaptırılan çevreyi, yapılan müdahaleleri, doğumu yaptıran sağlık profesyonellerini bilmeyi ve bilinçli seçim yapmayı sağlayan kodlar/maddelerden oluşmaktadır.

- Doğumda saygılı annelik bakımının dördüncü alt teması, doğumda kadının refahını artırabilecek bakım uygulamalarını içermektedir.
- DSABÖ güvenirlik analizleri; Cronbach Alpha katsayısı 0,944, alternatif form testinde DAMDÖ ile 0,719 ile yüksek korelasyon ve istatistiksel anlamlı ilişki, test tekrar test ile ön test ve son test arasında yüksek korelasyon ve anlamlı ilişki bulunmuştur. DSABÖ'nin güvenilir bir test olduğu kanıtlanmıştır.
- DSABÖ geçerlilik analizleri;
  - İçerik geçerliliği için 18 uzman tarafından değerlendirilen taslak ölçek KGİ değerleri 0,80 altında olan maddeler çıkarılmıştır.
  - AFA sonucunda; 26 maddelik ölçeğin üç faktörlü yapıda olduğu, birinci faktörün varyansın %45.596'sını açıkladığı, ikinci faktörün %9.375'ini, üçüncü faktörün %7.132'sini açıkladığı ve toplam varyansın ölçeğin %62'sini açıkladığından güçlü bir faktör yapısına sahip olduğu görülmektedir.
  - DFA testi üç kez uygulanmış ve uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür. Örneklem sayısı arttıkça uyum indeksi değerleri iyi uyum endeksi değerlerine yaklaşmıştır.
  - Üst ve alt %27'lik grupların ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu, tüm maddelerin ayırt edici özellikte olduğu bulunmuştur. DSABÖ'nin geçerli bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır.
- DSABÖ'nin kesme noktası 85 olarak belirlenmiş, 85 puan altında olanların doğumda saygılı annelik bakımını yeterli almadığı, 85 puan ve üzerinde alanların ise doğumda saygılı annelik bakımını yeterli aldığı şeklinde yorumlanabilmektedir.
- Ölçek likert tipte olup 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 130, en düşük puan ise 26'dır. Ölçeğin ters maddesi bulunmamaktadır.
- DSABÖ'nin kesme noktasına göre postpartum kadınlarda Türkiye genelinde Doğumda Saygılı Annelik Bakımını yeterli bulma oranı %78,75'dir.
- Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların doğumda saygılı annelik bakımını daha fazla yeterli bulduğu tespit edilmiştir.

- Epidural-spinal anestezi ile vajinal doğum yapmış kadınların doğumda saygılı annelik bakımını yeterli bulma oranları daha düşüktür..
- Kurumlar değiştikçe kadınların doğumda saygılı annelik bakım algıları da değişmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Nitel veri analizi sonuçlarına göre; düşük teknolojlili bakım stratejileri doğumda saygılı annelik bakımının vazgeçilmez parçalarından olduğundan tüm doğum bakım hizmeti veren kurumlarda uygulanmalıdır.
- Kadınların doğumda güvendikleri biri (yakını, ebe vb.) yanında bulundurabilmelidir.
- Doğumda saygılı annelik bakım hizmetlerini artırmanın yolu yalnızca sağlık profesyonellerinde aranmamalıdır. Sistem kaynaklı müdahalelere ihtiyaç bulunmaktadır.
- DSABÖ, kadınların doğumda aldıkları bakım algılarını ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğundan, daha geniş ve farklı örneklemlerde uygulanabilir.
- Türkiye’de kadınların %78.75’inin yeterli şekilde Doğumda Saygılı Annelik Bakımı aldığı ancak bu oranı artırmak için medeni durum, gelir durumu, doğum yapılan yer, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu ve yaşın etkili olduğundan iyileştirilmesi gerektiği, aynı zamanda DSAB geliştirecek daha farklı çalışmalar yapılması, özellikle sezaryen oranları ile ilişkiyi ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.
- Her kadının yeterli ve nitelikli şekilde doğuma hazırlık eğitimi alması gerekmektedir.
- Çalışmanın nicel verilerinden yola çıkarak, kurum ve kuruluşların sahip olduğu imkanlar, sağlık çalışanı farklılıkları ve doğum ortamları saygılı annelik bakımı üzerinde farklılık oluşturabildiğinden, devlet kurumları başta olmak üzere doğum hizmeti veren tüm kurumların saygılı annelik bakım hizmetlerini uygulaması gerekmektedir.
- Epidural anestezi ile doğumun avantaj ve dezavantajları konusunda kadınlara daha ayrıntılı bilgi verilmeli, epidural anestezi yerine nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması artırılmalıdır.

- Daha geniş çalışmalar ile ileri yaş grubundaki kadınların bakım algılarını değiştiren müdahalelere odaklanılmalıdır. Çünkü doğurganlık yaşı ilerlemekte ve zamanla bu yaş grubunda doğum oranları artma ihtimali bulunmaktadır.



## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- AbuAlrub, S., Abu-Baker, N. N., Abu Baker, M., & Abu Musameh, H. (2022). The Present Status of Respectful Maternity Care during Labor and Childbirth in Jordan: A Cross-sectional Study. *The Open Nursing Journal*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e221222-2022-128>
- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS ONE*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>
- Adu-bonsaffoh, K., Mehrtash, H., Guure, C., Maya, E., Vogel, J., Irinyenikan, T., Aderoba, A., Balde, M., Adanu, R., Bohren, M., & Tunçalp, Ö. (2022). Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. *BMJ Global Health*, 5(Suppl 2)(e006640), 248. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/432110>
- Aksayan, S., & Gözüm, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3–14.
- Alpar, R. (2016). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik* (4. Baskı). Detay Yayıncılık.
- Altay, Z. (2019). *Travayda bilgilendirme desteğinin, doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda desteği algılamasına ve memnuniyete etkisi* [Marmara Üniversitesi]. [https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/281499/yokAcikBilim\\_10277119.pdf?sequence=-1&isAllowed=y](https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/281499/yokAcikBilim_10277119.pdf?sequence=-1&isAllowed=y)
- AMA Principles of Medical Ethics. (2001). American Medical Association. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/principles>
- Amsalu, B., Aragaw, A., Sintayehu, Y., Sema, A., Belay, Y., Tadese, G., Kassie, N., Guta, A., Tibebe, A., & Tiruye, G. (2022). Respectful maternity care among laboring women in public hospitals of Benishangul Gumuz Region, Ethiopia: A mixed cross-sectional study with direct observations. *SAGE Open Medicine*, 10. <https://doi.org/10.1177/20503121221076995>
- Asefa, A., McPake, B., Langer, A., Bohren, M. A., & Morgan, A. (2020). Imagining maternity care as a complex adaptive system: understanding health system constraints to the promotion of respectful maternity care. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1854153>
- Ayoubi, S., Pazandeh, F., Simbar, M., Moridi, M., Zare, E., & Potrata, B. (2020). A questionnaire to assess women's perception of respectful maternity care (WP-RMC): Development and psychometric properties. *Midwifery*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102573>



## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Baki, A., & Gökçek, T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42), 1–21.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek Hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231–274.
- Baltacı, A. (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 426–438. <https://doi.org/10.31592/aeusbed.598299>
- Banoğlu, K. (2012). “Eğitim Yöneticilerinin Teknoloji Liderliği Yeterlikleri Ölçeğinin” Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(3), 43–65.
- Baranowska, B., Doroszewska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-Puzyna, U., Baćzek, G., & Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women’s views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>
- Başara, B. B., Aygün, A., Çağlar, İ. S., Kulali, B., & Ünal, G. (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Resmi*.
- Bay, F., & Özerdoğan, N. (2020). Kadınların Korkulu Rüyası Jinekolojik Muayene: Travmatik Olmak Zorunda Mı? In *Güncel Ebelik Çalışmaları*. Akademisyen Kitabevi.
- Bekmezci, H., & Özkan, H. (2015). Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 113. <https://doi.org/10.17681/hsp.33830>
- Bellini, E., Macchi, A., Setola, N., & Lindahl, G. (2023). Sensory Design in the Birth Environment: Learning from Existing Case Studies. *Buildings*, 13(3), 1–28. <https://doi.org/10.3390/buildings13030604>
- Birie, B., & Niguse, W. (2023). Experience of respectful maternity care during childbirth and associated factors in public hospitals of the South West Region of Ethiopia: An institution-based, cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(7), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066849>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6(June), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. *Harvard School of Public Health University Research Co., LLC*, 1–57. <http://www.urcchs.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf>
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de los Ríos, M. M., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Bulto, G. A., Demissie, D. B., & Tulu, A. S. (2020). Respectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03135-z>
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum*. Pegem Yayıncılık.
- Byrom, S., & Downe, S. (2021). *Doğumun Sessiz Çiğlıkları* (F. D. Sayiner & E. Çömezoglu (Eds.)). Akademisyen Kitabevi. <https://doi.org/10.37609/akya.666>
- Çakmur, H. (2012). Measurement-reliability-validity in research. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 339–344. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1322486024>
- Carpenter, S. (2018). Ten Steps in Scale Development and Reporting: A Guide for Researchers. *Communication Methods and Measures*, 12(1), 25–44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
- Clark, L. A., & Watson, D. (2019). Constructing validity: New developments in creating objective measuring instruments. *Psychological Assessment*, 31(12), 1412–1427. <https://doi.org/10.1037/pas0000626>
- de Kok, B. C., Uny, I., Imamura, M., Bell, J., Geddes, J., & Phoya, A. (2020). From Global Rights to Local Relationships: Exploring Disconnects in Respectful Maternity Care in Malawi. *Qualitative Health Research*, 30(3), 341–355. <https://doi.org/10.1177/1049732319880538>
- Deliktas Demirci, A., Kabukcuglu, K., Haugan, G., & Aune, I. (2019). “I want a birth without interventions”: Women’s childbirth experiences from Turkey. *Women and Birth*, 32(6), e515–e522. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.011>
- Demir, S. (2022). Comparison of Normality Tests in Terms of Sample Sizes under Different Skewness and Kurtosis Coefficients. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 9(2), 397–409. <https://doi.org/10.21449/ijate.1101295>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Denizhan Kırca, N., & Akdolun Balkaya, N. (2021). Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanımına İlişkin Görüş ve Uygulamaları: Türkiye'nin Batısından Kesitsel Bir Çalışma. *UNIKA Journal of Health Sciences*, 1(2), 59–71. <https://doi.org/10.47327/unikasaglik.19>
- Dhakal, P., Gamble, J., Creedy, D. K., & Newnham, E. (2021). Quality of measures on respectful and disrespectful maternity care: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 29–39. <https://doi.org/10.1111/nhs.12756>
- Dişsiz, M., Demirgöz Bal, M., Karaçam Yılmaz, Z. D., Bayrı Bingöl, F., & Aşçı, Ö. (2023). Development and psychometric properties of the Respectful Maternity Care Scale (RMCS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 00(00), 1–16. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2270690>
- Doğan, N., Soysal, S., & Karaman, H. (2017). Aynı örnekleme açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanabilir mi? *Küreselleşen Dünyada Eğitim, April*, 373–400. <https://doi.org/10.14527/9786053188407.25>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Downe, S., Lawrie, T. A., Finlayson, K., & Oladapo, O. T. (2018). Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: A systematic review. *Reproductive Health*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>
- Durmuş, B., Yurtkoru, E. S., & Çinko, M. (2016). *Sosyal bilimlerde SPSS'le veri analizi* (6. basım). Beta Basım.
- E. Demir, O. S., & F. Imrol. (2016). Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Curr Res Educ*, 2(3), 130–148. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51189633/CRED\\_2016\\_23\\_Normallik-libre.pdf?1483567224=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DUluslararası\\_Dergilerde\\_Yayımlanan\\_Eğitim.pdf&Expires=1713690789&Signature=fM8iKOgxWgKcDxtDh9X89ICG8iF6WZIWvA9QvuE](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51189633/CRED_2016_23_Normallik-libre.pdf?1483567224=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DUluslararası_Dergilerde_Yayımlanan_Eğitim.pdf&Expires=1713690789&Signature=fM8iKOgxWgKcDxtDh9X89ICG8iF6WZIWvA9QvuE)
- Erkuş, A., Sünbül, Ö., Sünbül, S. Ö., Yormaz, S., & Aşiret, S. (2017). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-II ölçme araçlarının psikometrik nitelikleri ve ölçme kuramları. *Pegem Atıf İndeksi*.
- Esan, O. T., Maswime, S., & Blaauw, D. (2022). Directly observed and reported respectful maternity care received during childbirth in public health facilities, Ibadan Metropolis, Nigeria. *PLoS ONE*, 17(10 October), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276346>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Fahy, K. M., & Parratt, J. A. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth, 19*(2), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>
- Fan, J., Upadhye, S., & Worster, A. (2006). Understanding receiver operating characteristic (ROC) curves. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 8*(1), 19–20. <https://doi.org/10.1017/S1481803500013336>
- Gameiro, J. (2016). *The right to respectful maternity care Access to skilled and respectful birth attendants in facility-based deliveries and women's experiences of intersectional discrimination A comparison between Angola and Mozambique*. Queen's University Belfast.
- Gaskin, I. M. (2018). *Ina May'in doğum meselesi bir ebenin manifestosu* (F. D. Sayiner & G. Demirel (Eds.)). Akademisyen Kitabevi.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference* (10a ed.). Pearson.
- Giordano, J., & Surita, F. G. (2019). The role of the respectful maternity care model in São Paulo, Brazil: A cross-sectional study. *Birth, 46*(3), 509–516. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12448>
- Gogoi, A., Manoranjini, M., Ravi, T., Kaur, M., Gupta, M., & Rajagopal, V. (2022). Determinants of respectful maternity care in India: A cross-sectional study. *WHO South-East Asia Journal of Public Health, 11*(1), 3–9. [https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH\\_162\\_21](https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_162_21)
- Gökçek, A. İ., & Yazıcı, S. (2022). Doğum Desteği ve Ebelik Bakımı. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(1), 93–99. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.970423>
- Gökmen, Ö. (2017). *Doğum Memnuniyet Ölçeği revize formunun Türk toplumuna uyarlanması* [Ordu Üniversitesi]. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gu, S., Pei, J., Zhou, C., Zhao, X., Wan, S., Zhang, J., Adanlawo, A., Luo, Z., Wu, G., & Hua, X. (2022). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal births in Shanghai hospitals, China: a comparison of policies. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04790-0>
- Güngör, İ. (2009). *Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi*. İstanbul Üniversitesi. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=ZulrVHqSUc2I3UnS Ux03Tg&no=\\_Q17y8vFTnlPbhnZ0ymGgA](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=ZulrVHqSUc2I3UnS Ux03Tg&no=_Q17y8vFTnlPbhnZ0ymGgA)
- Gungor, I., & Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery, 28*(3), 348–357. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.03.009>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Hajian-Tilaki, K. (2013). Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis for medical diagnostic test evaluation. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 4(2), 627–635.
- Hajizadeh, K., Vaezi, M., Meedy, S., Mohammad Alizadeh Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Respectful maternity care and its related factors in maternal units of public and private hospitals in Tabriz: A sequential explanatory mixed method study protocol. *Reproductive Health*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0863-x>
- Hajjar, S. T. EL. (2018). Statistical analysis: Internal-consistency reliability and construct validity. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 6(1), 27–38. [www.eajournals.org](http://www.eajournals.org)
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Confederation of Midwives. (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. ICM. <https://doi.org/10.1177/096973309400100109>
- Ishola, F., Owolabi, O., & Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(3), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174084>
- Jenkinson, B., Kearney, L., Kynn, M., Reed, R., Nugent, R., Toohill, J., & Bogossian, F. (2021). Validating a scale to measure respectful maternity care in Australia: Challenges and recommendations. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103090>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Jordan, B., & Thatcher, A. L. (2009). Competing Technologies in Perinatal Care: A Call for Dialogue between Low- and High-Tech Practitioners. *Anthropology News*, 50(3), 5–6. <https://doi.org/10.1111/j.1556-3502.2009.50305.x>
- Kaçar, N., & Yazıcı, S. (2020). Ebe Tarafından Verilen Sürekli Doğum Desteğinin Mesleki ve Obstetrik Sonuçlara Etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 214–224.
- Karaca, A., Yıldırım, N., Ankaralı, H., Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2014). Adaptation to Turkish of Nursing Education Stress Scale. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(2), 29–40.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Karaçam, Z. (2019). Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması Adaptation of Scales To Turkish. *Karaçam*, 2(1), 28–37.
- Karaçam, Z., & Özge, E. (2011). Supportive Care in Labor and The Role of Midwife / Nurse. *İ.Ü.F.N.*, 19(1), 45–53.
- Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Basic Principles in Scale Development Studies. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39–49.
- Karwan Fares, K., & Mirkhan Ahmed, H. (2021). Effect of respectful maternity care and effective communication during labor on postpartum depression: an interventional study. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(9), 2692–2698. <https://doi.org/10.53350/pjmhs211592692>
- Kaya, M. F. (2013). Sürdürülebilir Kalkınmaya Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 28, 175–193. <http://www.marmaracografya.com>
- Khan, I. A., Aditya, V., Mishra, R., & Tiwari, H. C. (2022). Dignity and respectful maternity care as an essential step towards universal health coverage. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 9(10), 3898. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20222585>
- Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N. (2016). International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and Human Rights*, 18(2), 131–143.
- Kilci, Ş., Demirel Bozkurt, Ö., & Saruhan, A. (2020). Bir Kadın Hakkı İhlali: Obstetrik Şiddet. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(2), 122–128. <https://doi.org/10.17827/aktd.535574>
- Köken Durgun, S., Şen, S., & Tayhan, E. (2018). Ulusal ve Uluslararası Ebelik Etik Kodları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 218–223.
- Kömürcü, N. (2014). *Doğum ağrısı ve yönetimi*. (2. Basım). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Koyuncu, İ., & Kılıç, A. F. (2019). Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanımı: Bir Doküman İncelemesi. *Eğitim ve Bilim*, 44(198), 361–388. <https://doi.org/10.15390/EB.2019>
- Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtnner, C., & Visser, G. H. A. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 146(1), 65–73. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12844>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Loeb, S., Dynarski, S., Mcfarland, D., Morris, P., Reardon, S., & Reber, S. (2017). Descriptive analysis in education: A guide for researchers The National Center for Education Evaluation and Regional Assistance (NCEE) conducts unbiased large-scale evaluations of education programs and practices. *National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, March*, 1–53.
- Maude, R. M., & Foureur, M. J. (2007). It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women and Birth*, 20(1), 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.10.005>
- McCrae, R. R., Kurtz, J. E., Yamagata, S., & Terracciano, A. (2011). Internal consistency, retest reliability, and their implications for personality scale validity. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 28–50. <https://doi.org/10.1177/1088868310366253>
- Miyauchi, A., Shishido, E., & Horiuchi, S. (2022). Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(3), 1–20. <https://doi.org/10.1111/jjns.12475>
- Muhayimana, A., Kearns, I., Darius, G., Olive, T., & Thierry, U. C. (2024). Reported Respectful Maternity Care received during childbirth at health facilities: a cross sectional survey in Eastern province, Rwanda. *Midwifery*, 103996. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103996>
- Nicoletta, S., Eletta, N., Cardinali, P., & Migliorini, L. (2022). A Broad Study to Develop Maternity Units Design Knowledge Combining Spatial Analysis and Mothers' and Midwives' Perception of the Birth Environment. *Health Environments Research and Design Journal*, 15(4), 204–232. <https://doi.org/10.1177/19375867221098987>
- Olgun, G. E. (2019). *Vajinal doğum yapmış kadınların doğum memnuniyeti ile ilişkili faktörler: Hastane Tabanlı Araştırma*. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Oveysi, M., & Apay, S. (2021). Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ve Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *GENEL TIP DERGİSİ*, 31(3), 232–238.
- Öz, İ. Ş. (2019). Epidural Doğum ve Normal Doğumda Müdahale Oranları ve Müdahaleye Bağlı Gelişen Komplikasyonların Karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 23–28. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.458491>
- Özcan, Ş., & Aslan, E. (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 41. <https://doi.org/10.17672/fnhd.88951>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Paudel, N. (2022). Respectful Maternity Care. *Journal of Kathmandu Medical College*, 11(3), 135–136. <https://doi.org/https://doi.org/10.3126/jkmc.v11i3.50781> HOW
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J., Darj, E., Lukasse, M., Bjørngaard, J. H., Joshi, S. K., Rishal, P., Koju, R., Pun, K. D., Wijewardena, K., Muzrif, M. M., & Campbell, J. C. (2018). “When helpers hurt”: Women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
- Puthussery, S., Bayih, W. A., Brown, H., & Aborigo, R. A. (2023). Promoting a global culture of respectful maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06118-y>
- Ratcliffe, H. L., Langer, A., & Wegner, M. N. (2013). *CREATING AN EVIDENCE BASE FOR THE PROMOTION OF RESPECTFUL MATERNITY CARE*.
- Reis, V., Deller, B., Senior, M., Advisor, M., & Carr, C. (2012). *Respectful Maternity Care Country experiences Survey Report*.
- Robinson, M. A. (2018). Using multi-item psychometric scales for research and practice in human resource management. *Human Resource Management*, 57(3), 739–750. <https://doi.org/10.1002/hrm.21852>
- Rocha, B. D. da, Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 54, 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Rubashkin, N., Bingham, B., Bajji, P., Szebik, I., Kremmer, S., & Vedam, S. (2024). In search of respect and continuity of care: Hungarian women’s experiences with midwifery-led, community birth. *Birth*, November 2023, 1–11. <https://doi.org/10.1111/birt.12818>
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. (2023). In *T.C. Sağlık Bakanlığı*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
- Sarpkaya Güder, D., Yalvaç, M., & Vural, G. (2019). The effect of childbirth preparation training on primiparous women’s birth plans and the childbirth processes. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 46(6), 924–932. <https://doi.org/10.12891/ceog4931.2019>
- Sayiner, F. D., & Çömezoğlu, E. (2022). *Doğumu Anlamak Çemberin Karesi*. Akademisyen Kitabevi.



## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Shahinfar, S., Abedi, P., Najafian, M., Abbaspoor, Z., Mohammadi, E., & Alianmoghaddam, N. (2021). Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03666-z>
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(8), 932–942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- Sheferaw, E. D., Bazant, E., Gibson, H., Fenta, H. B., Ayalew, F., Belay, T. B., Worku, M. M., Kebebu, A. E., Woldie, S. A., Kim, Y. M., Van Den Akker, T., & Stekelenburg, J. (2017). Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reproductive Health*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0323-4>
- Sheferaw, E. D., Mengesha, T. Z., & Wase, S. B. (2016). Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0848-5>
- Solt Kırca, A., & Kanza Gul, D. (2022). Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 273(April), 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.018>
- Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62(March), 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>
- Sürücü, L., & Maslakçı, A. (2020). Validity and Reliability in Quantitative Research. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(3), 2694–2726. <https://doi.org/10.15295/bmij.v8i3.1540>
- Taavoni, S., Goldani, Z., Gooran, R. N., & Haghani, H. (2018). Development and Assessment of Respectful Maternity Care Questionnaire in Iran. *IJCBNM*, 6(4), 334–349.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using Multivariate Statistics. *Multivariate Statistics*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/978-94-009-1217-5>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analiz*. Nobel Yayıncılık.
- TDK. (2024). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. <https://sozluk.gov.tr/>
- Tekindal, M., & Uğuz Arsu, Ş. (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1), 153–182.
- Teskereci, G., Yangın, H., & Akpınar, A. (2020). Experiences of women regarding vaginal examination during labor: A qualitative study. *Health Care for Women International*, 41(1), 75–88. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1590361>
- The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. (2011). Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women. *The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*, 1–6. [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf)
- Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*, 26(4), e99–e104. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.004>
- Vedam, S., Stoll, K., Martin, K., Rubashkin, N., Partridge, S., Thordarson, D., Jolicoeur, G., & the Changing Childbirth in BC Steering Council. (2017). The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale. *PLoS ONE*, February 2, 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171804>
- Vedam, S., Stoll, K., Rubashkin, N., Martin, K., Miller-Vedam, Z., Hayes-Klein, H., & Jolicoeur, G. (2017). The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Population Health*, 3, 201–210. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>
- Waldenström, U., & Nilsson, C.-A. (1994). Experience of childbirth in birth center care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(7), 547–554. <https://doi.org/10.3109/00016349409006271>
- Wassihun, B., & Zeleke, S. (2018). Compassionate and respectful maternity care during facility based child birth and women's intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1909-8>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- White Ribbon Alliance. (2014). *Respectful maternity care: The universal rights of women.* [https://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/ierg/reports/2012\\_01S\\_Respectful\\_Maternity\\_Care\\_Charter\\_The\\_Universal\\_Rights\\_of\\_Childbearing\\_Women.pdf](https://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012_01S_Respectful_Maternity_Care_Charter_The_Universal_Rights_of_Childbearing_Women.pdf)
- White Ribbon Alliance. (2016). UN Special Rapporteur on Violence against Women Submission from the White Ribbon Alliance. In *White Ribbon*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/White\\_Ribbon\\_Alliance.docx](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/White_Ribbon_Alliance.docx)
- White Ribbon Alliance. (2018). *Office of the High Commissioner for Human Rights Submission from the Global Respectful Maternity Care Council*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/FollowUp2018/GlobalRespectfulMaternityCareCouncil.pdf>
- WHO Reproductive Maternal Newborn Child and Adolescent Health Directorate. (2017). Respectful Maternity Care Orientation Package for Health Care Providers. In *Ministry of Public Health* (Issue April). <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/afg-mn-32-01-operationalguidance-2017-eng-523476805-respectful-maternity-care-providers.pdf>
- Williams, B., Onsmann, A., & Brown, T. (2010). Exploratory Factor Analysis: A Five-Step Guide for Novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8(3), 1–13. <https://doi.org/10.33151/ajp.8.3.93>
- World Health Organisation. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf;jsessionid=0D9800B8CEB4C1D1C138E802AD7BCF99?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=0D9800B8CEB4C1D1C138E802AD7BCF99?sequence=1)
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2018). Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.1053/jlts.2000.8508>
- World Health Organization. (2023). *Maternal mortality*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Yaşar Yetişmiş, H., & Aksoy Derya, Y. (2023). The Effects of Perineal Massage Performed During Labor on Childbirth Comfort, Perineal Pain, and Trauma in Nulliparous Women: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*, 33(4), 210–220. <https://doi.org/10.5336/jcog.2023-99511>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74–85. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/iuisletme>
- Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251–264. <https://doi.org/10.17556/erziefd.297741>
- Yıldırım, Ş., & Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (6. Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, H. Ö., Polat, A., Köse, G., Balcı, S., & Günal, A. M. (2023). Yeme Bozukluğu-15 : Klinik ve Klinik Olmayan Örneklem için Türkçe Versiyonun Faktör Yapısı , Psikometrik Özellikleri , Geçerliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2023;34(1):31–38, 34(1), 31–38. <https://doi.org/https://doi.org/10.5080/u27103>
- Yurdagül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1–6.
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49–54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>

